Rok XLI. Kraków, 27 Września 1902. Nr. 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z pracowni kliniki lekarskiej prof. Gluzińskiego we Lwowie.

O włóknach czuciowych pochodzenia obwodowego.

Napisali

Doc. Dr. G. Bikeles i Dr. M. Franke.

Lenhossek pierwszy wykazał, że u zwierząt niższych, a mianowicie u dżdżownicy *(lumbricus)*, włókna czuciowe pochodzą z komórek leżących tuż na obwodzie, co później potwierdzili inni badacze. Istnienia włókien czuciowych takiego pochodzenia dotąd zgoła nie zauważono u zwierząt wyższych, a zwłaszcza u ssawców.

Krause i Friedländer *(Fortschritte der Medicin,* 1886) przypuszczają natomiast, że u ssawców końcowe ciałka nerwowe, leżące na obwodzie ciała, jak n. p ciałka dotykowe wywierają na włókna czuciowe w nerwach obwodowych pewien wpływ odżywczy; a opierają się na tem, że badając u ludzi odcinki dośrodkowe nerwu kończyny, amputowanej na dłuższy czas przedtem, znaleźli dość liczne włókna silnie zmienione. Krause znowu *(Archiv für Physiol. und Anatomie* 1887), badając u ludzi nerwy, uległe przerwaniu przez sprawę zgorzelinową, znalazł w dośrodkowej ich części liczne włókna zwyrodniałe i tłómaczy to zwyrodnienie wypadnięciem wpływu odżywczego ciałek nerwowych, leżących na obwodzie. Dla kontroli badał również po przecięciu nerwy królika i miał stwierdzić, że w części dośrodkowej tych nerwów tyle włókien ulega zwyrodnieniu, ile prawidłowych włókien zostaje w części obwodowej danego nerwu. Pierre Marie *(Leçons cliniques sur les maladies de la moelle épinière,* 1892) przyznaje, że w dośrodkowej części nerwu kończyny, amputowanej na dłuższy czas przedtem, znajdują się niektóre włokna zwyrodniałe, ale wbrew zdaniu Krausego twierdzi, że powodem tego zwyrodnienia jest odcięcie tych włókien od ich komórek początkowych, które mają leżeć podobnie, jak u dżdżownicy, na obwodzie ciała. Zapatrywanie to rozwija on później obszerniej przy omawianiu zmian w sznurach tylnych rdzenia w wiądzie tego narządu. Marie przyznaje nasamprzód, że przeważna część włókien korzeni tylnych pochodzi z komórek zwojów międzykręgowych, ale dodaje dalej: „skłaniam się do przyjęcia, że niektóre włókna korzeni tylnych rdzenia mają zupełnie inne pochodzenie; a mianowicie początek im dają komórki, które w życiu płodowem odłączyły się od komórek tworzących t. zw. *Neuralplatte* i zostały pociągnięte do głębi lub na obwód rozmaitych części ciała razem z narządami rozwijającymi się w kierunku odśrodkowym, gdzie ostatecznie stale pozostały, a mianowicie w skórze, ścięgnach, rozścięgnach i t. d. Komórki te z tego powodu będę nazywał „komórkami nerwowemi obwodowemi“. Prawdopodobnem jest też, że część t. zw. ciałek końcowych, które spotykamy w rozmaitych narządach, a mianowicie w skórze, ścięgnach, rozścięgnach i t. d. tworzy właśnie te zwoje (ganglia) „obwodowe“. Marie tłómaczy dalej zmiany w sznurach tylnych, spostrzegane w wiądzie rdzenia, w następujący sposób: „Zmiany w rdzeniu w wiądzie są następstwem zwyrodnienia korzeni tylnych, a źródła zwyrodnienia tego szukać należy w schorzeniu komórek zwojów międzykręgowych i tak zwanych komórek nerwowych obwodowych“. Według Mariego więc rozmaite komórki nerwowe, leżące na obwodzie, dają początek włóknom czuciowym, które dalej w kierunku dośrodkowym biegną w nerwach obwodowych i wchodzą w skład sznurów tylnych.

Singer i Münzer (*Beiträge zur Anatomie des Centralnervensystems. Denkschrift der kais. Akad. der Wissenschaft in Wien* 1898), przeciąwszy nerwy u królika, nie znaleźli w części dośrodkowej nerwu del. prawdziwego zwyrodnienia Wallera, prócz t. zw. zwyrodnienia urazowego, znajdującego się w pobliżu miejsca przecięcia nerwu i prócz paru czasem tu i ówdzie nieco zmienionych włókien, które należy uważać jako zwyrodnienie tak zwane fizyologiczne (Mayer). W części obwodowej nerwu widzieli natomiast, że wszystkie włókna uległy zwyrodnieniu.

Ale Singer i Münzer badali tylko metodą Marchiego, przy użyciu której, jeżeli rozpad jest bardzo rozległy, pojedyncze prawidłowe włókna mogą ukryć się wśród masy czarnych kul rozpadłej myeliny. Prócz tego dodać należy, że nie podają oni, czy badali nerwy w skrawkach poprzecznych, czy też w nieprzerwanych seryach skrawków podłużnych.

Wobec tego i ze względu na to, że niektórzy autorowie, opierając się na zapatrywaniu Mariego, liczą się z tem, że u ludzi może istnieją włókna czuciowe pochodzenia obwodowego, postanowiliśmy sprawę tę jeszcze raz dokładnie zbadać. Chcąc wnioski nasze oprzeć na silniejszej podstawie, wykonaliśmy doświadczenia na rozmaitych gatunkach zwierząt, tak na nerwach kończyny przedniej, jak i tylnej. Zwierzęta, które służyły nam do doświadczeń, były: świnki morskie, króliki, psy i koty. U królików i świnek morskich wykonaliśmy wycięcie nerwów: pośrodkowego, łokciowego, sprychowego i siedzeniowego; u psa i kota tylko siedzeniowego. Wycinaliśmy zawsze $1^1/_2$ -- 2 ctm. dotyczącego nerwu, a zwierzęta po operacyi utrzymywaliśmy przy życiu od 8 do 13 dni wiedząc, że po tym czasie zwyrodnienie Wallera jest najwyraźniejsze, a zwyrodnienie w przeciwnym kierunku *(retrograd)* jeszcze nie występuje. Przed tem ostatniem musieliśmy się strzedz. Do badania braliśmy zawsze kawałki nerwu odległe od miejsca przecięcia, aby wykluczyć zmiany urazowe. Część dośrodkową badaliśmy prze-

ważnie tylko metodą Marchiego, czasem kombinując ją z metodą Azoulaya; każdy skrawek zaś części obwodowej nerwu dobarwialiśmy według Azoulaya (kwas osmowy 2‰ i rozczyn tanniny 5%), traktując go przedtem metodą Marchiego. Kombinacyę tę bowiem uważaliśmy za najodpowiedniejszą do naszych celów, bo metoda Azoulaya pozwala wykazać wśród zwyrodniałych rozrzucone pojedyncze włókna prawidłowe, któreby przy użyciu w części obwodowej samej metody Marchiego mogły się ewentualnie ukryć wśród masy czarnych kul. Dodać należy, że badaliśmy każdy kawałek nerwu zawsze w nieprzerwanych seryach skrawków podłużnych.

Wynik był następujący: w części obwodowej wszystkich nerwów przez nas badanych włókna co do jednego były zwyrodniałe, chociaż stopień zwyrodnienia nie we wszystkich był jednakowy. Prawidłowego włókna nie znaleźliśmy ani jednego.

W części dośrodkowej natomiast u psa i kota wszystkie włókna były prawidłowe, a u królika i świnki w całej masie skrawków znaleźliśmy tylko w niektórych nerwach parę włókien, które okazywały ślad rozpadu, co możemy uważać jako zwyrodnienie fizyologiczne (Mayer), zresztą wszystkie włókna były prawidłowe.

Na podstawie tego wyniku, a mianowicie braku zwyrodnienia Wallera w części dośrodkowej i braku prawidłowych włókien w części obwodowej, możemy stanowczo zaprzeczyć, by u zwierząt ssących istniały włókna czuciowe pochodzenia obwodowego, opierając się zwłaszcza na tem, że badaliśmy tyle nerwów u rozmaitych gatunków zwierząt i że badaliśmy je w nieprzerwanych seryach skrawków podłużnych tak, że żadne włókno nie mogło ujść naszej uwadze.

Również musimy uważać wyżej wymienioną teoryę Mariego jako zupełnie pozbawioną podstawy anatomicznej.

II. Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

W sprawie operacyjnego leczenia gruźlicy jąder na podstawie 25-letniej obserwacyi.

Podał

Dr. Ludwik Berger

b. sekundaryusz oddziału.

Sprawa leczenia gruźlicy jąder jeszcze dotąd nie schodzi z porządku dziennego zjazdów lekarskich, a stanowisko chirurga wobec tego cierpienia nie zostało dotychczas jasno określone. I nic dziwnego. Pomijając bowiem już samą istotę choroby, wchodzi tu w grę wiele czynników, które bynajmniej nie ułatwiają nam ostatecznego załatwienia tej kwestyi. Wszak mamy do czynienia z narządem, bądź co bądź dla życia fizycznego i psychicznego nieobojętnym. Z drugiej zaś strony zdajemy sobie jasno sprawę z tego groźnego dla całego ustroju niebezpieczeństwa, jakie tkwi w pozostawieniu chorego jądra. Jak pogodzić te rozliczne, a często wprost sprzeczne z sobą zdania? Jak wybrnąć z tego chaosu, mając przytem na względzie przedewszystkiem dotkniętego tem cierpieniem osobnika? Oto wdzięczne zadanie, oczekujące ciągle jeszcze swego ostatecznego rozwiązania. Zachęcony przez czcigodnego szefa mego, Wgo Prof. Trzebicky'ego, któremu na tem miejscu za Jego nader życzliwe poparcie serdeczne składam podziękowanie, tem śmielej przystąpiłem do niniejszej pracy, iż sądzę, że dorzucenie świeżych szczegółów już dzięki samej aktualności przedmiotu innego usprawiedliwienia nie wymaga.

Sprawa leczenia gruźlicy jąder, niejednokrotnie już dawniej poruszana, w ostatnich czasach, dzięki francuskim chirurgom wstąpiła na szerokie pole rozpraw naukowych. O ile jednak przedtem uwidoczniała się ogólnie skłonność do postępowania doszczętnego w tem cierpieniu, o tyle znów później, zwłaszcza od r 1899 i 1900, widzimy nagły niemal zwrot ku wysiłkom leczenia zachowawczego. Równocześnie zaś możemy stwierdzić, że teoretyczne rozumowania, oparte na nielicznych spostrzeżeniach, w znacznej części stanowią jedyną broń w ręku zwolenników jednej i drugiej metody. Tem też należy sobie tłómaczyć zajęcie obustronnie skrajnego stanowiska w leczeniu gruźlicy jąder.

Już na IV. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w r. 1892 przedstawił Wehr korzyści doszczętnego operowania gruźlicy jąder, wraz z nim Obaliński i Schramm oświadczyli się również za trzebieniem; lecz już wtedy dały się słyszeć nieliczne co prawda głosy, ostrzegające przed zbyt gorącym radykalizmem. To też w kilka lat później, w paryskich towarzystwach lekarskich wystąpiono z całą stanowczością przeciw trzebieniu, jako zabiegowi bezcelowemu, który z jednej strony nie usuwa właściwej choroby z ustroju, z drugiej zaś operowanego naraża na ciężkie następstwa pod względem psychicznym. Ztąd powstała propozycya wycięcia samych tylko zajętych gruźlicą części, albo próba doprowadzenia chorego jądra do zaniku przez podwiązanie i przecięcie sznura nasiennego w całości (Mauclaire). Inni znów, mając właśnie na oku przedewszystkiem zaburzenia psychiczne, zgadzają się tylko na wytrzebienie jednostronne lub wyłuszczenie samego przyjądrza (Berger, Beuznier, Plato, John B. Murray i inni).

Jakkolwiek Southam, Delbet, Woskresseński i kilku innych utrzymuje o zupełnem wyleczeniu w pewnej liczbie przypadków po obustronnem wytrzebieniu, postępowanie zachowawcze ma bądź co bądź dziwny urok i zyskało sobie wielu zwolenników pomiędzy lekarzami, a jeszcze więcej między pacyentami. Wyraz temu zapatrywaniu dał też Kryński na Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w r. 1900, stawiając dla trzebienia bardzo ścisłe a ciasne granice; w rozprawach na ten temat oświadczono się również za powyższem zapatrywaniem. Nie możemy pominąć wreszcie i Alberta, który zniechęcony nawrotami i ogólną gruźlicą po jednostronnem trzebieniu, stał się przeciwnikiem doszczętnej operacyi, zwłaszcza że spostrzegany przez niego a nieoperowany przypadek gruźlicy przyjądrza mimo 10 lat trwania nie wywołał żadnych ogólnych objawów gruźlicy. — Jeżeli rozpatrzymy się w zarzutach, jakie zwolennicy leczenia zachowawczego czynią trzebieniu, uderzyć nas musi w nich jedna jakoby nić przewodnia, mianowicie argument, że gruźlica jądra jest zawsze, a przynajmniej bardzo często, sprawą następową *(tuberculosis testis descendens)*, że zatem bezowocnem będzie usiłowanie usunięcia z ustroju, dotkniętego już gruźlicą, jednego tylko ogniska gruźliczego. Że twierdzenie to nie zawsze odpowiada rzeczywistości, wykazali na XXX. Zjeździe chirur. niem. w Berlinie w r. 1901 Baumgarten i Krämer, udowadniając na podstawie materyału sekcyjnego i doświadczeń, że gruźlica jąder może być zmianą

pierwotną i to jedyną w ustroju. Dawna zasada, że gruźlica jąder jest zawsze zakażeniem następowem, została mocno zachwianą, odkąd udało się Baumgartenowi osiągnąć przez cewkę zakażenie dna pęcherza moczowego i gruczołu krokowego, nigdy zaś przewodu nasiennego i jąder. Odwrotnie zaś stwierdził Baumgarten zakażenie, idące od jądra przez przewód nasienny do gruczołu krokowego, nigdy jednak sprawa gruźlicza nie przeszła z gruczołu tego przez przewód nasienny do drugiego jądra. Prątki gruźlicze bowiem trzymają się zawsze kierunku biegu krwi, limfy i wydzielin. Doświadczenia zatem wszystkie przemawiają za tem, że gruźlica jąder, podobnie jak i gruźlica nadnercza, może być jedyną zmianą gruźliczą nietylko w narządzie moczopłciowym, ale i w całym ustroju, że może się ona zapomocą sznura nasiennego udzielić innym narządom *(tuberculosis testis ascend.)*. Te cenne badania Baumgartena zyskują silne poparcie w poważnych liczbach statystycznych, jakie przedstawili na tym samym Zjeździe Bruns i Simon. Świetne wyniki, otrzymane przez nich na chorych, którzy operacyi się poddali, wyniki stwierdzone spostrzeganiem przez długi szereg lat, są zbyt wymownym dowodem, że doszczętne operowanie w gruźlicy jąder nie jest bez korzyści dla chorego. Również zadowoleni są z swych wyników Büngner i Fryd. König.

Jeżeli zatrzymaliśmy się dłużej nad zwolennikami doszczętnego leczenia, to wspomnieć musimy i o przeciwnikach tej metody, którzy w rozpaczliwych tylko przypadkach uciekają się do trzebienia. König starszy, Gussenbauer, Schlange, Stempel, Henle i Bier — jedni mniej, drudzy więcej — skłonni do operowania, przyczem nie tają się z niechęcią trzebienia obustronnego. Jak więc widzimy, zgody co do metody leczenia w gruźlicy jąder niema, — a trudno o nią tam, gdzie się zbyt jednostronnie ocenia własne swoje wyniki. To też z uznaniem stwierdzamy, że ostatnia polska na ten temat publikacya Hermana usiłuje złagodzić te ostre różnice obydwóch obozów. Własne, co prawda nieliczne, spostrzeżenia, jakoteż i innych autorów, skłaniają Hermana do zajęcia stanowiska pośredniego, naszem zdaniem najracyonalniejszego. Słusznie bowiem twierdzi Herman, że w leczeniu gruźlicy jąder postępowanie nasze zawisłe jest od wielu czynników. Wiek i stan ogólny chorego, jakość i rozległość zmian miejscowych, wreszcie *last not least* warunki zewnętrzne pacyenta, oto czynniki, mogące zaważyć na szali tego lub owego sposobu leczenia, a na które sumienny lekarz baczną powinien zwrócić uwagę. Słowa Olliera wypowiedziane w sprawie leczenia gruźlicy stawów mają i tu swoje zastósowanie: *Il est difficile de garder une juste mesure;* krańcowość w jednym, lub drugim kierunku przynosi choremu więcej szkody, niż pożytku. Z tego wychodząc założenia, przechodzimy do krytycznego poglądu nad obu dotychczasowymi kierunkami w leczeniu gruźlicy jąder, przyczem pozwolimy sobie i nasze w tej kwestyi stanowisko jasno określić.

Przypadków gruźlicy jąder u dzieci znamy w piśmiennictwie bardzo nie wiele. Moizard i Bacaloglu przytaczają przypadek zejścia śmiertelnego z powodu gruźliczego zapalenia opon mózgowych u dziecka 15-mies., u którego na krótki czas przedtem rozwinęła się gruźlica narządu płciowego. Również w monografii Hermana przytoczone są przypadki gruźlicy jąder w dziecięcym wieku o szybkim a gwałtownym przebiegu. Wynikałoby z tego, że u dzieci nie należy zwlekać z usunięciem chorego jądra, co tem bardziej na pierwszy rzut oka wydaje się uderzającem, że właśnie u dzieci samoistne wyleczenie gruźlicy, n. p. stawów bardzo często następuje. Najczęściej wydarza się gruźlica jąder u ludzi przed 40 r. życia, i tu właśnie postanowienie co do sposobu leczenia najtrudniejsze, bo najaktualniejsze. Małe zmiany miejscowe, dobry stan ogólny pacyenta, stosunki jego finansowe — oto czem powodować się należy, obierając drogę dłuższą leczenia zachowawczego, ale oszczędzając choremu kalectwa. Bier takim chorym poleca z pomyślnym skutkiem kąpiele morskie, zwłaszcza w morzu Bałtyckiem.

Czy i o ile wstrzykiwania miąższowe, czy to zawiesiny jodoformowej, czy też tak gorąco przez lekarzy francuskich zalecanego naftolu kamforowego, potrafią sobie w zachowawczej terapii tego cierpienia trwałe pozyskać miejsce, przyszłość okaże. Wstrzykiwania jodoformu według relacyi Henlego z kliniki wrocławskiej na Zjeździe chirurgów niemieckich w r 1901 zawiodły zupełnie.

Jeżeli sprawa gruźlicza w jądrze trwa dłużej, to mimo podobnych zmian w innych narządach, a bez względu na wiek chorego i specyalną rolę, jaką jądra w ustroju posiadają, nie zwleka prof. Trzebicky z wyłuszczeniem, wychodząc z tej zasady, że w chorym ustroju usuwamy w ten sposób jedno ognisko, zakażające cały ustrój. W zestawieniach Brunsa, Simona, jak i w naszem widzimy nie rzadkie przykłady znakomitego polepszenia stanu zdrowia po dokonaniu wytrzebienia w tych warunkach. Tembardziej zaś usprawiedliwioną jest ta operacya tam, gdzie gruźlica umiejscowiła się tylko w jądrze.

Te właśnie niewątpliwie istniejące przypadki pierwotnej i jedynej w ustroju gruźlicy jądra nadają się w pierwszym rzędzie do leczenia operacyjnego ze wskazania życiowego. Jeden z mniej gorących zwolenników operowania, Stempel, chętnie skłania się w gruźlicy pierwotnej jądra do wczesnego wytrzebienia przynajmniej jednego jądra. W jego przypadku, gdzie chory za późno zgodził się na operacyę, rozwinęła się gruźlica prosówkowa w płucach i prawej nerce. Podobne spostrzeżenia, coraz liczniej w piśmiennictwie notowane, i w naszem dają się widzieć zestawieniu; one też głównie skłaniają nas do zajęcia powyżej zaznaczonego stanowiska. Wiek zatem chorego nie jest zdaniem prof. Trzebickyego decydującą wskazówką w leczeniu pierwotnej gruźlicy jąder. Owszem, gdzie wytrzebienie jednego jądra nie uchroniło od zajęcia drugiego, wyłuszczamy i to ostatnie, a wyniki osiągnięte w ten sposób w ciągu ostatnich 25 lat w oddziele chirurg krakowskiego szpitala Św. Łazarza bardzo na korzyść tego zapatrywania przemawiają. Na 9 chorych obustronnie operowanych żyje dotychczas 6, obecnie zupełnie zdrowych, co czyni 66% wyleczenia Z tych było 4 operowanych w wieku między 22 a 30 r. życia; — czas ich obserwacyi od 6 do 3 lat. Wszyscy 6 nie okazywali przy przyjęciu na oddział żadnych zmian gruźliczych w innych narządach — natomiast z 3 zmarłych po obustronnem wytrzebieniu, dwóch w wieku l. 57 i l. 62 zmarło w kilka miesięcy po operacyi; trzeci zaś, mając lat 36, w 4 lata po niej. U wszystkich trzech stwierdzono jeszcze za życia stare zmiany gruźlicze w płucach, u jednego nadto w pęcherzu. Z naciskiem podnieść tu wypada, że tak ogól-

nie niemal okrzyczana obawa przed zaburzeniami psychicznemi po obustronnem wytrzebieniu nie znajduje prawie żadnej podstawy w obserwacyi. Simon jedyny notuje wśrod swoich operowanych przypadek nieprawidłowych objawów psychicznych, czego ani Bruns na swych 33 obustronnie trzebionych, ani na naszych 9 chorych, nigdy nie zauważono.

Starszy wiek pacyenta ułatwia znacznie wybór sposobu leczenia; — rzecz jasna, że w tych razach nie będzie chirurg marnować czasu na próbach leczenia zachowawczego.

Wobec nadzwyczajnej ważności przedmiotu i jak z powyższego przedstawienia wynika, znacznych trudności w postanowieniu co do wyboru leczenia, polecił mi mój były szef prof. Trzebicky, który zresztą jest wielkim zwolennikiem wycięcia jąder przy gruźlicy, wypracować zestawie, nie wszystkich przypadków, leczonych w ciągu ostatnich 25 lat w oddziale chirurgicznym szpitala Sw. Łazarza.

W czasie tym, t. j. od r. 1875 do 1900, przyjęto na oddział chirurg. szpitala Sw. Łazarza 50 chorych z zmianami gruźliczemi jąder i przyjądrza. U 35 wykonano wytrzebienie jednego jądra, u 9 obustronnie, u 3 operacya polegała na wycięciu i wyłyżeczkowaniu zajętych części; 3 wreszcie opuściło szpital, nie poddawszy się żadnemu leczeniu. Zanim przystąpimy do zestawienia historyi chorób, zwrócimy uwagę na niektóre szczegóły, powtarzające się i w innych statystykach.

I tak, co do wieku znajdowali się chorzy:

między	1-ym	a	10-tym	rokiem	życia	=	0
„	10	„	20	„	„	=	3
„	20	„	30	„	„	=	14
„	30	„	40	„	„	=	11
„	40	„	50	„	„	=	9
„	50	„	60	„	„	=	7
„	60	„	70	„	„	=	5
„	70	„	80	„	„	=	1 (71 lat)
							50

Dziedziczność gruźlicy stwierdzono u 7 chorych. Gruźlicę innych narządów — u 12 chorych, z tych 10 miało tylko zmiany w płucach, 2 zaś prócz zmian podobnych gruźlicę nerek i pęcherza moczowego. Z przyczyn, usposabiających do nabycia pierwotnej gruźlicy jądra, u 4 chorych poprzedziła cierpienie rzeżączka i to na 1 rok, 3, 7 i 15 lat przed wybuchem choroby; 9 chorych doznało urazu (kopnięcie, konna jazda i t. d.) na 18 dni do 11 miesięcy przed wystąpieniem objawów gruźlicy jądra. Z innych podawanych przyczyn wspomnieć wypada: zaziębienie i dźwiganie ciężarów. U 5 chorych wystąpiła gruźlica obydwóch jąder równocześnie, u 4 w odstępie 5, 7, 15 miesięcy i po 4 latach.

Informacyi o obecnym stanie zdrowia zasięgałem listownie, już to u samych chorych, względnie ich rodzin, już też u lekarzy miejscowych, którym szczere z mej strony należy się podziękowanie za ich łaskawą w tej sprawie interwencyę. Że nie przychodziło mi łatwo zebrać odpowiednie daty, przyczyna leży w naszych wewnętrznych stosunkach. Większość chorych stanowią robotnicy, których walka za chlebem zmusza do częstej zmiany miejsca pobytu. O 3 chorych niemam żadnej wiadomości, dwóch z nich nieoperowanych, trzeci zaś poddał się wytrzebieniu połowicznemu, pozostaje zatem 47, których dzielę dla łatwiejszego poglądu na 4 kategorye:

I.	kategorya	obejmuje nieoperowanych	1
II.	„	wycięcie częściowe i wyskrobanie	3
III.	„	wytrzebienie jednego jądra	34
IV.	„	wytrzebienie obydwóch jąder	9
		razem	47

Przy wypytywaniu się o obecny stan zdrowia, kładłem główny nacisk na następujące okoliczności: obciążenie dziedziczne, obecny stan płuc, czy są jakie objawy zajęcia nerek lub pęcherza moczowego (parcie na mocz, bolesność mocz mętny i t. d.), wreszcie stan umysłowy chorego, czy oddaje się pracy swej bez przeszkody. Gdzie w historyi choroby nie zaznaczono którego z powyżej wymienionych szczegółów, rozumieć należy, że odpowiedź na te pytania wypadła na korzyść operowanego.

I. Kategorya. Nieoperowani.

1) *JD.* z Hr. lat 35. *Tbc testis d. et funiculi spermat.* Od 14 dni. — 19/3—22/3 1899. Nie operowany. Umarł w r. 1901 z przyczyny nieznanej.

II. Kategorya. Wycięcie częściowe i wyskrobanie.

2) *L G.* z Bl. l. 27. *Tbc. localis faciei, testis d. et inguinis d.* Przyjęty na oddział 10. VI. 1887. Źle odżywiony, zmiany na twarzy od 3 miesięcy, w pachwinie i jądrze od 3 tygodni. 13. VI. 1887. *Incisio-excochleatio.* Wyszedł 18 VII 1887. Ostatnia wiadomość 22. IV. 1902. Zupełnie zdrów W ciągu 15 lat od czasu operacyi był 4 razy w słonych kąpielach.

3) *J. K.* z P. l. 27. *Fistula tbc. scroti et ani.* Od roku. Przyj. 27. III. 1888. *Induratio apic. sin.* Przed 3 laty rzeżączka. 29. III. 1888. *Excisio-excochleatio.* Wysz. 25. IV. 1888. Ost. wiad. 24. IV. 1902. Zupełnie zdrów.

4) *I. L.* z N. S. l. 44. *Tbc. testis d. et perinei.* Przyj. 16. X. 1899. Lewe jądro zniszczone, prawe twarde. Wyskrobanie. Wysz. 30. XII. 1899. Ost. wiad. 29. XI. 1901. Zupełnie zdrów.

Wszyscy więc z tej kategoryi leczeni zachowawczo z pomyślnym skutkiem.

III. kat. Wytrzebienie jednego jądra.

5) *L. P.* z Fr. l. 40. *Orchitis tbc. d. suppur.* Przyj. 30 VII. 1880. Trzy krwotoki płucne. Od 4 lat obrzęk jądra. 31. VII. 1880. *Castratio testis d.*, Wysz. 20. VIII. 1880. Umarł w r. 1883 na gruźlicę płuc.

6) *F. I.* z Z. l. 25 *Tbc. testis utrque.* Przyj. 6. VI. 1885. Przed 7 laty rzeżączka — od kilku miesięcy obrzęk obu jąder. *Strictura urethrae.* 9 VI 1885. *Castratio testis d. et excochl. testis sin.* Wysz. 17. VII. 1885. Umarł w r. 1893. *Tbc. universal.*

7) *K. K.* z S. l. 40. *Tbc. testis sin.* Przyj. 9. III. 1886. Przed 15 l. rzeżączka, potem został obrzęk lew. jądra. Dość znaczny nieżyt szczytów płuc. 11. III. 1886 *Castratio testis sin.* Wysz. 25. III. 1886. Ost. wiad. 8. V. 1902. Zupełnie zdrów.

8) *W. Sz.* z S l. 50. *Tbc. testis d.* Przyj. 27. XII. 1888. Od 1/2 roku. Wychudzony, blady. D. 28. XII. 1888. *Castr. testis d.* Wysz. 11. I. 1889. Umarł w r. 1891 z powodu »choroby piersiowej«.

9) *J. K.* z P., l. 33 *Tbc. testis sin.* Przyj. 28. IV. 1890. *Castratio testis sin.* 30. IV. 1890 Wysz. 10. V. 1890. W r. 1895 wyjechał zdrowy do Ameryki, zkąd dość często pisuje do swej rodziny.

10) *J. M.* z R. w., l. 19. *Tbc. testis d.* Przyj. 10. VI. 1891. *Castr.* 13. VI. 1891. Wysz. 21. VI. 1891. Ost. wiad. 28. XII. 1901. Od r. 1899 częste parcie na mocz, zresztą zdrowy.

11) *M. Sp.* z Zb., l. 44. *Tbc. test. sin.* Przyj. 1. VII. 1892. *Castr.* 5. VII. 1892. Wysz. 18. VII. 1892. Umarł w r. 1901 z nieznanej przyczyny.

12) *J. N.* z SW. l. 42. *Tbc testis sin.* Przyj. 5. III. 1892. *Castr.* 5. III. 1892. Wysz. 14. III. 1892. Umarł w Bozen w r. 1893. *Tbc. pulmonun.*

13) *A. Z.* z P. l, 54. *Tbc. t. d.* Przyj. 28. IX. 1893. Od 5 tygodni. *Castr.* 5. X. 1893. Wysz. 11. X. 1893. Ost. wiad. w 1901. Zdrowy.

14) *F. Sch.* z Kr., l. 19. *Tbc. t. d.* Przyj. 26. X. 1893. Od 4 mieś. *Castr.* 27. X. 1893. Wysz. 4. XI. 1893. Ost. wiad. 21. IV. 1902. Zdrowy.

15) *J. K.* z Cz., l. 28. *Epididymitis tbc. sin.* Przyj. 10. X. 1894. Naciek obu szczytów — kaszle. *Castr.* 2. XI. 1894. Wysz. 20. XI. 1894 Ost. wiad. w marcu 1902 — kaszle, krwią nie pluje.

16) *F. F.* z B., l. 21. *Tbc. t. d.* Przyj. 29. VIII. 1894. Od $1^1/_2$ roku. *Castr. et exstirp. glandul. inguin. d.* 31. VIII. 1894. Wysz. 11. IX. 1894. Ost. wiad. 27. IV. 1902. Zupełnie zdrów.

17) *J. Ch.* z N., l. 36. *Tbc. t. d.* Przyj. 3. VII. 1894. Od 8 mieś. *Castr.* 12. VII. 1894. Wysz. 24. VII. 1894. Ost. wiad. 3. XII 1901. Zupełnie zdrów.

18) *A. H.* z L., l. 58. *Tbc. et sin.* 21. I. 1895. *Castr.* 23. I. 1895. Wysz. 8. II. 1895. Ost. wiad. 1. XII. 1901. Zupełnie zdrowy.

19) *Wł. P.* z Zw., l. 20. *Tbc. t. d.* Przyj. 16. IV. 1895. Od 5 mieś. Ojciec zmarł w 35 r. życia na krwotok płucny. *Castratio.* 19. IV. 1895. Wysz. 3. V. 1885. Ost. wiad. 19. XII. 1901. Zdrowy.

20) *J. D.* z W., l. 33. *Tbc. t. sin.* Przyj. 13. VII. 1895. Od 4 mieś. *Castr.* 15. VII 1895. Wysz. 31. VII. 1895 Ost. wiad. 13. XII. 1901. Zdrowy.

21) *J. K.* z Sk. l. 59. *Tbc. t. sin.* Od 4 tyg. Przyj. 10. IX. 1895. *Castratio.* 12. IX. 1895. Wysz. 19. IX. 1895 Umarł 11. V. 1899 z nieznanej przyczyny.

22) *A. Bł.* z B., l. 38. *Tbc. t. sin. et periurethrit. tbc.* Przyj. 14. X. 1895. Od 3 lat. *Castr. et excisio infiltr. tbc. periurethr.* Wysz. 25. XI. 1895. Zmarł na gruźlicę płuc w r. 1897.

23) *J. Gr.* z K., l. 63. *Tbc. testis d.* Przyj. 30. X. 1896. Od 18 dni po konnej jeździe. *Castr.* 2. XI. 1896. Wysz. 12. XI. 1896. Ostatnia wiad. 25. V. 1902. Zupełnie zdrowy.

24) *J. Sk.* z. B, l. 36. *Tbc. test. sin.* Przyj. 7. III. 1896. Od 7 mieś. Dziedzicznie obciążony, 2 braci zmarło w młodym wieku. *Castr.* 9. III. 1896. Wysz. 19. III. 1896. Ost. wiad. 20. IV. 1902. Zupełnie zdrowy. W r. 1901 przechodził rzeżączkę.

25) *W. M.* z Lw. l. 28. *Tbc. t. sin.* Przyj. 13. III. 1896. *Tbc. pulmonum. Castr.* 14. III. 1896 (*Cryptorchismus*). Wysz. 27. III. 1896. II-gi raz z powodu *lymphadenit inguin. sin.* 9. VIII. 1896. — 31. VIII. 1896 przeniesiony na oddział wewn. szpitala, zmarł tamże 3. IX. 1896. *Tbc. universalis.*

26) *M. Bl.* z D., l. 42. *Tbc. t. d.*, *hernia inguin. lib. d.* Przyj. 9. III. 1897. *Castr. herniotomia m. Kocher* 10. III. 1897. Wysz. 24. III. 1897. Umarł w r. 1900 podobno na raka.

27) *M. M.* z W., l. 23. *Tbc. t. sin.* Przyj. 10. III. 1897. *Castr.* 11. III. 1897. Wysz. 24. III 1897. Ost. wiad. 29. IV. 1901. Zupełnie zdrowy.

28) *R. W.* z R., l. 52. *Tbc. t. sin.* Przyj. 2. IV. 1897. *Castr.* 2. IV. 1897. Wysz 5 IV. 1897. Ost. wiad. 18. IV. 1902. Żyje zdrowy.

29) *W. P.* z Mor. Ostr., l. 26. *Tbc. t. sin.* Przyj. 6. IV. 1897. *Scrophulosis. Castr.* 7. IV. 1897. Wysz. 2. VI. 1897. Ost. wiad. 17. IV. 1902 — żyje i pracuje w Saksonii.

30) *Sz. Kł.* z B., l. 48. *Tbc. t. d.* Przyj. 2. VII. 1897. *Castr.* 2. VII. 1897. Wysz. 13. VII 1897. Ost. wiad. 27. XI. 1901. Zupełnie zdrowy.

31) *S. O.* z P., l. 63. *Tbc. t. d.* Przyj. 29. VI. 1897. *Castr.* 2 VII. 1897. Wyszedł 11. VII. 1897. Ost. wiad. 25. IV. 1902. Zupełnie zdrowy.

32) *M. P.* z Kr., l. 71 *Tbc. t. d.* Przyj. i operowany w sierpniu 1898. Ost. wiad. 3. VI. 1902. Zupełnie zdrowy.

33) *A. S.* z R., l. 63. *Tbc. t. sin.* Przyj. 25. XI. 1898. Od 5 tygodni. *Castr.* 29 XI. 1898 Wysz. 20 XII. 1898. Przedstawił się osobiście 10. II. 1902 Zupełnie zdrowy.

34) *Fr. P.* z W. l 69. *Tbc. t. d. et gland. inguinal. dex.* Przyj. 16. II. 1899. Od $^1/_2$ roku. *Castr. et exstirp. glandul.* 21. II. 1899. Wysz. 10. III. 1899. Ost wiad. 24 XI. 1901. Zupełnie zdrów. W r. 1901 zmarła jedna córka w 30 r. życia na suchoty; od 2 mieś. najstarsza córka również chora na gruźlicę płuc.

35) *J. D.* z Ku., l. 45. *Tbc. t. sin.* Przyj. 24. III. 1900. *Castr.* 29. III. 1900. Wysz. 5. IV. 1900. Ost. wiad. 16 IV. 1902. »Od dłuższego czasu kaszle«.

36) *Al. B.* z Cz., l 36. *Tbc. t. d.* Przyj. 3 V. 1900. *Castr.* 3. V. 1900. Wysz. 9. V. 1900 Zmarł w grudniu 1900 na guz złośliwy w krzyżach, kaszel i wychudzenie trwały długi czas przed zgonem. Dziedzicznie obciążony.

37) *Wł. K.* z N. Sl., l. 45. *Tbc. t. d.* Przyj. 11. V. 1900. *Castr.* 12. V. 1900 Wysz. 23. V. 1900. Ost. wiad. 20. X. 1901. Dziedzicznie obciążony; starszy brat zmarł na gruźlicę krtani, dwie siostry na gruźlicę płuc. Obecnie zdrowy. Przed 20 laty po jeździe konnej (jako oficer) prawdopodobnie wskutek drażnienia rozwinęło się ognisko gruźlicze w kości ogonowej. Ropienie trwało przez 5 lat; po wyskrobaniu sprawa całkiem wygasła. Obecnie lekki nieżyt oskrzel. i białko w moczu.

38) *E. Kl.* z K., l. 18. *Tbc. t. d.* Przyj. 7. XI. 1900. *Castr.* 15 XI. 1900 Wysz. 8. II 1901. Przedstawił się osobiście 5. IV. 1902 Zupełnie zdrów. Starszy brat kaszle od $2^1/_2$ lat.

W historyach chorób nie uwzględnialiśmy obrazu chorobowego miejscowego; nie potrzebujemy jednak chyba dodawać, że przedstawiał się on rozmaicie, od zwykłego twardego obrzęku jąder lub przyjądrza aż do owrzodzeń i przetok skóry moszen.

IV. kat. Wytrzebienie obydwóch jąder.

39) *Fr. H.* z L, l. 36. *Tbc. t. d.* Przyj. 11. IV. 1890. W r. 1886. *Castr. testis sin.* — *Castr. t. dex.* 15. IV. 1890. Wysz. 6. V. 1890. Zmarł w r. 1894 na gruźlicę płuc.

40) *J. Sł.* z St. S, l. 57. *Tbc. test. utrque.* Przyj. 13 II. 1893. *Castr. bilater.* 20. II. 1893. — Wysz. 19. III 1893 Zmarł 24. VI. 1894. *Tbc. universal. et vesicae.*

41) *M. K.* z Przyl. ruś., l. 62. *Orchitis tbc. bilater.* Przyj. 14. II. 1895. *Castr. bilater.* 16. II. 1895. Wysz. 1. III. 1895. Zmarł na gruźlicę płuc 9. V. 1895.

42) *J. L.* z M, l 22. *Tbc. test. utrq. Infiltratio tbc. ad urethram, nec non tumor tbc. ad regionem analem.* Od roku. Oba jądra zniszczone. Przyj. 1. III. 1896. *Castr. bilater. Excisio infiltrat.* 2. III. 1896. Wysz. 18. III. 1896. Ost. wiad. 27. XI. 1901. Zupełnie zdrowy.

43) *A. H.* z Brz, l. 30. *Tbc. test. utrq.* Przyj. 28. IV. 1897. Od 10 lat — od $^1/_2$ roku przetoki. *Castr. bilater.* 29 IV. 1897. Wysz. 13. V. 1897 Ost. wiad. 22 XI. 1901. Zupełnie zdrowy.

44) *W. R.* z Z, l. 23, I. raz: *Tbc. t. sin.* Przyj. 7. VI. 1897. *Castr.* 8. VI. 1897. Wysz. 23 VI 1897. Od kilku miesięcy obrzęk lew. jądra i przetoki. — II gi raz: *Tbc. t. d.* Przyj. 29. X. 1898. *Castr.* 11. XI. 1898. Wysz. 1. II. 1899. Ost. wiad. 26. XI. 1901. »Czasem występują uderzenia krwi do głowy, uczucie gorąca i poty«, wszystko to ma trwać 3 minuty. Zresztą zupełnie zdrowy.

45) *El. G.* z M., l. 22, I-szy raz: *Epididymit. sin.* Przyj. 23. II. 1899. *Castr.* 24. II. 1899. Przed rokiem zapalenie rzeżączkowe jądra lew., poczem pozostał obrzęk tegoż jądra. Wysz. 9. III. 1899. II-gi raz: *Tbc. t. d.* Przyj. 6. VII. 1899. Równocześnie rzeżączka. *Castr.* 7. VII. 1899. Wysz. 28. VIII. 1899. na oddział wener. Ost. wiad. 26. XI. 1901. Zupełnie zdrowy. W r. 1901 ożenił się.

46) *J. G.* z J., l. 50. I. raz: *Tbc. t. d.* Przyj. 16. VII. 1899. *Castr* 25. VII. 1899. Wysz. 9. VIII 1899. II. raz: *Tbc. t. sin.* Przyj. 13 I. 1900. *Castr.* 15. I. 1900. Wysz. 2. II. 1900. Ost. wiad. 22. IV. 1902. Zupełnie zdrów.

47) *Fr. L.* z J., l. 58. *Tbc. test. utrq.* Przyj. 2. VII. 1900. *Castr. bilater.* 4. VII. 1900. Wysz. 21. VII. 1900. Ost. wiad. 19. I. 1902. Zdrowy.

Dla łatwiejszej oryentacyi zestawiam wyniki nasze w następującej tabeli, przyczem zwracam uwagę, że śmierć pacyentów we wszystkich przypadkach, nawet tych, w których jej przyczyny dokładnie dociec nie zdołałem, kładę na karb uogólnienia się sprawy gruźliczej.

Kategorya	Żyje zdrowych	Żyje, ale okazuje zmiany chorobowe, stojące z pierwotną chorobą w dalszym lub bliższym związku	Nie żyje
I.	—		1
II	3		—
III.	20	4	10
IV.	6		3

Z zestawienia tego wynika, że chory wcale nie leczony uległ chorobie, a trzech chorych, u których dokonano tylko częściowego wyskrobania, wyzdrowiało zupełnie. Z pomiędzy zaś 43 chorych, u których dokonano trzebienia jedno — lub obustronnego, zdołano na pewno uratować 26 chorych (60·4%). Jakkolwiek liczby te są stanowczo za małe, by na ich pod-

stawie można się kusić o rozwiązanie tak ważnego zagadnienia, jakiem jest kwestya trzebienia przy gruźlicy jądra, toć w każdym razie nie przemawiają one przynajmniej chyba przeciw tej operacyi. Jeżeli zaś zważymy, ile każde leczenie zachowawcze wymaga nakładu czasu, pracy i funduszów, ta rzecz jasna, że staraniem naszem musi być, by pacyentów w jak najkrótszym czasie, a z jak najmniejszym wydatkiem, czy to z ich kieszeni, czy też z funduszu szpitalnego, uczynić zdolnymi do pracy.

To też prof. Trzebicky jest tego zdania, że w zasadzie zarówno leczenie zachowawcze, jak i trzebienie jest zupełnie uprawnionem. Do pierwszej kategoryi nadają się zdaniem jego jednak tylko te przypadki, w których stosunki majątkowe zezwalają choremu na dłuższe leczenie, na pobyt w solankach, a zwłaszcza w kąpielach morskich. Gdzie zaś idzie o to, by choremu szybko umożliwić dalszą pracą zawodową, zwłaszcza w przypadkach, w których gruźlica jąder jest albo jedynym, albo przynajmniej wybitniejszym objawem zakażenia gruźliczego, tam zdaniem jego tylko wczesne wyjęcie jądra i to oczywiście wraz ze sznurem nasiennym, jak daleko on wogóle tylko dla noża chirurga jest dostępnym, jest wskazanem.

Piśmiennictwo. Albert: Gegen die Kastration bei Tuberkulose des Nebenhodens (Therapie d. Gegenwart 1900 Januar). Baumgarten: Über experimentelle Urogenitaltuberculose (Verhandl. d. Deutsch. Ges. für Chir. XXX Congr. 1901) Bohdanowicz: Wstrzykiwania modyfikacyjne w leczeniu gruźlicy jąder i przyjądrza (Medycyna Nr 25—27 1902). Bruns: Über die Endresultate der Castration bei Hodentuberculose (Verhandl. d. D. Ges. für Chir. 1901). Büngner: Zur Behandlung der Tuberculose der männl. Geschlechts-Organe (Ibidem). Haas E: Über die Resultate der Castration bei Hodentuberculose (Beitr. zur. klin. Chir. XXX. T. II. Zesz. 1901). Hildebrand: Jahresberichte der Chirurgie 1899 i 1900. Kocher: Die Krankh. der männl. Geschlechtsorgane. Stuttgart 1887. König Fryd.: Zur Ausführung der Castration bei Hodentuberculose (Verhdl. f. D. Ges. f. Chir. 1901. XXX Congr). Kryński: W sprawie leczenia operacyjnego gruźlicy jąder (Przegl. lekarski Nr. 29. 1900). Herman: Kilka uwag w sprawie leczenia gruźlicy jąder (Gazeta lekarska 1901). Simon: Resultate der Castration bei Hodentuberculose (Verhdl. d D. Ges. f. Chir. 1901). Rydygier: Die Behandlung der Gelenkstuberculose (Wiener Klinik 1895). Verhandlungen der Deutschen Geselschaft für Chirurgie. XXX. Congress. 1901. 10/IV—13/IV. Dyskusya. Wehr: Przyczynek do leczenia operacyjnego gruźlicy jąder (Sprawozd. z IV. Zj. chir. pol. 1892).

III. Z zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

W sprawie jałowości tkanek prawidłowych.

Napisał
Dr. Adam Wrzosek
Asystent Zakładu.

(Dokończenie).

Zachęcony przeto przez Prof. K. Kleckiego, wykonałem szereg doświadczeń, ażeby po pierwsze sprawdzić rzeczone wyniki badań Carrièrea i Vanvertsa, powtóre zaś, aby się przekonać, czy i inne narządy zwierząt prawidłowych mogą zawierać drobnoustroje.

Doświadczenia robiłem w sali aseptycznej. Zwierzę, przeznaczone do doświadczenia zabijał jeden z pomocników (nie w sali aseptycznej) uderzeniem w kark lub skrwawieniem, następnie przywiązywał do deski, golił brzuch i obmywał wodą z mydłem, a w końcu sublimatem 1‰, poczem dopiero podawał je do sali, w której właściwe badanie bakteryologiczne przeprowadzałem. Tutaj inny pomocnik jeszcze raz zmywał sublimatem klatkę piersiową i brzuch zwierzęcia, a następnie wyjałowionymi płatkami zakrywał całe zwierzę, pozostawiając tylko niewielki otwór w linii środkowej. W miejscu tem pomocnik przecinał aseptycznie powłoki brzuszne, starając się jednak nie uszkodzić otrzewnej, którą dopiero po przypaleniu żegadłem przecinał wyjałowionemi nożyczkami. Wszystkie narzędzia były wyjałowione w roztworze sody przy 100° C., a przed każdorazowem użyciem opalałem je jeszcze w płomieniu palnika Bunsena Płaszcze, w których robiono doświadczenia i płatki wyjałowione były w autoklawie przy 115° C. Po otwarciu jamy brzusznej zwierzęcia jeden z pomocników przybliżał do otworu szczypczykami śledzionę, a drugi niezwłocznie przypalał jej powierzchnię żegadłem, poczem zaraz (w pierwszym szeregu doświadczeń) w miejscu przypalonem wkłówałem wyjałowioną pipetę i wciągałem jedną lub kilka kropli krwistej cieczy, którą natychmiast szczepiłem na bulionie, żelatynie lub na agarze. W ten sam sposób szczepiłem i z innych narządów.

Przekonawszy się jednak w kilku doświadczeniach, iż w ten sposób mogłem otrzymać nader małe ilości płynnej treści narządów, zacząłem używać zamiast pipety grubych drucików platynowych, zakończonych w kształcie siekierki lub dłutka. Po przypaleniu powierzchni narządu wkłówałem wyjałowiony w ogniu drucik platynowy w głąb narządu, poruszałem nim w rozmaitych kierunkach, a następnie, naskrobawszy niejako w ten sposób trochę miazgi, szybko szczepiłem ją na pożywkach. Ale i ten sposób w praktyce okazał się niewystarczającym, gdyż otrzymywałem nieraz zbyt małe ilości miąższu. Zacząłem przeto w drugim szeregu doświadczeń wycinać w miejscach przypalonych nożyczkami kawałki narządów i szybko przenosić je na pożywki. W ten sposób szczepiłem kawałki śledziony, wątroby, płuc, a czasem nerek, mięśni i serca. Klatkę piersiową otwierałem z takiemi samemi ostrożnościami, jak jamę brzuszną. Rozmiary kawałków narządów, które szczepiłem, nie przekraczały zwykle $^1/_2$ ctm.[3].

Podczas doświadczenia stała na stole operacyjnym płyta żelatynowa lub agarowa, aby się przekonać, jakie drobnoustroje znajdowały się w powietrzu sali aseptycznej podczas szczepienia. Do szczepienia używałem rozmaitych pożywek, ale przeważnie bulionu wołowego z dodatkiem 10% peptonu, żelatyny lub agaru. Wyhodowane drobnoustroje odosobniałem zapomocą płyt żelatynowych, oraz badałem je mikroskopowo. Pożywki trzymałem w termostacie przy 37° C.

Sprawozdanie z doświadczeń.

Doświadczenie 1. Królik. Dnia 12/XI 1901 po skrwawieniu zwierzęcia zaszczepiłem pipetą kilka kropli płynnej treści śledzionowej na agar skośny.

Wynik doświadczenia. Dnia 16/XI na pożywce nic nie wyrosło.

Doświadczenie II. Królik. Dnia 13/XI po skrwawieniu zwierzęcia zaszczepiłem pipetą ciecz ze śledziony na bulionie do dwu probówek i na jeden agar skośny.

Wynik doświadczenia. 16/XI. Wszystkie pożywki — jałowe.

Doświadczenie III. Królik. Dnia 15/XI po skrwawieniu zwierzęcia zaszczepiłem pipetą: ciecz ze śledziony na bulionie, mleku i na agarze; z wątroby także na bulionie, mleku i na agarze.

Wynik doświadczenia. 17/XI. Ze śledziony na agarze i w bulionie wyrosły hodowle laseczników, podobnych do *b. coli.* Z wątroby otrzymałem: na agarze hodowlę laseczników, podobnych do *b. coli;* w bulionie hodowlę takich samych laseczników, a prócz tego paciorkowców; w mleku hodowle laseczników ułożonych w łańcuszki.

Doświadczenie IV. Świnka morska. Dnia 18/XI po zabiciu ude

rzeniem w kark zaszczepiłem pipetą i drucikiem platynowym ciecz ze śledziony, wątroby i płuc: na bulionie, mleku, żelatynie, agarze (hodowla kłóta), oraz na ziemniaku i agarze skośnym.

Wynik doświadczenia. 28/XI. Ze śledziony na agarze kłótym otrzymałem hodowlę paciorkowców; z wątroby na bulionie — prątków podobnych do *b. coli;* z płuc na agarze skośnym otrzymałem hodowlę ziarniaków. Pozostałe pożywki — jałowe.

Doświadczenie V. Świnka morska. Dnia 18/XI po zabiciu uderzeniem w kark zaszczepiłem drucikiem: z cieczy wątrobnej na bulionie, agarze i ziemniaku, a prócz tego kawałek na żelatynie; pipetą i drucikiem ciecz z płuc na ziemniaku i bulionie; całą śledzionę na żelatynie w puszce Petriego.

Wynik doświadczenia. 28/XI. Na pożywkach nic nie wyrosło.

Doświadczenie VI. Świnka morska. Dnia 18/XI po zabiciu uderzeniem w kark zaszczepiłem drucikiem: ze śledziony na ziemniaku i agarze skośnym, oraz na bulionie, mleku, żelatynie i agarze (kłótym); z płuca na agarze skośnym i ziemniaku, oraz na bulionie, żelatynie i agarze; z wątroby na agarze skośnym, bulionie i agarze. Prócz tego zaszczepiłem kawałek wątroby na żelatynie.

Wynik doświadczenia. 28/XI. Na pożywkach nic nie wyrosło.

Doświadczenie VII. Królik. Dnia 26/XI. Po skrwawieniu zwierzęcia zaszczepiłem pipetą i drucikiem: ciecz ze śledziony na agarze, ziemniaku i bulionie; z wątroby na agarze i bulionie; z płuc na agarze i do dwu probówek z bulionem.

Wynik doświadczenia. 5/XII. Na pożywkach nic nie wyrosło.

Doświadczenie VIII. Świnka morska. Dnia 27/XI po zabiciu uderzeniem w kark zaszczepiłem drucikiem i pipetą: ciecz ze śledziony na agarze i bulionie; z wątroby i płuc na bulionie.

Wynik doświadczenia. 5/XII. Na pożywkach nic nie wyrosło.

Doświadczenie IX. Świnka morska. Dnia 28/XI z trupa, który leżał w ciągu 20 godzin w chłodnem miejscu, zaszczepiłem pipetą i drucikiem: ciecz ze śledziony na bulionie i żelatynie; z wątroby, trzustki i płuc na bulionie.

Wynik doświadczenia. 5/XII. W bulionie, na którym zaszczepiłem z płuc, wyrosła pleśń. Reszta pożywek pozostała jałową.

Doświadczenie X. Świnka morska. Dnia 28/XI po zabiciu uderzeniem w kark zaszczepiłem drucikiem i pipetą: ciecz ze śledziony na bulionie, żelatynie i na agarze; z wątroby i płuc na bulionie.

Wynik doświadczenia. 17/XII. Pożywki pozostały jałowemi.

Doświadczenie XI. Świnka morska. Dnia 28/XI po zabiciu uderzeniem w kark zaszczepiłem pipetą i drucikiem: ciecz ze śledziony na żelatynie i bulionie; z wątroby do dwu probówek z bulionem. Prócz tego zaszczepiłem kawałek śledziony na agarze i kawałek płuc na bulionie.

Wynik doświadczenia. 17/XII. Na pożywkach nic nie wyrosło.

Doświadczenie XII. Świnka morska. Dnia 28/XI po zabiciu uderzeniem w kark zaszczepiłem pipetą i drucikiem ciecz ze śledziony na bulionie i żelatynie: z wątroby i płuc — na bulionie.

Wynik doświadczenia. 9/XII. Pożywki — jałowe.

Doświadczenie XIII. 28/XI. Świnka morska. Zwierzę skrwawiono. Zaszczepiłem pipetą i drucikiem z trupa, który leżał 4 godziny w ciepłocie pokojowej; ciecz ze śledziony na bulionie i żelatynie; z wątroby i płuc — na bulionie.

Wynik doświadczenia 5/XII. Na pożywkach nic nie wyrosło.

Doświadczenie XIV. 30/XI. Pies padł podczas usypiania eterem. Zaszczepiłem drucikiem ciecz ze śledziony i płuca na żelatynie i na bulionie (do dwu probówek z każdego narządu).

Wynik doświadczenia 5/XII. Na pożywkach nic nie wyrosło.

Doświadczenie XV. 13/XII. Pies padł podczas usypiania eterem. Zaszczepiłem drucikiem z trupa, który leżał godzinę w ciepłocie pokojowej, ciecz ze śledziony i wątroby na bulionie (do dwu probówek z każdego narządu).

Wynik doświadczenia. 17/XII. Na pożywkach nic nie wyrosło.

Doświadczenie XVI. Świnka morska. Dnia 18/XII po zabiciu uderzeniem w kark zaszczepiłem drucikiem ciecz z wątroby do dwu probówek z bulionem, a ze śledziony kawałek na bulionie.

Wynik doświadczenia. 12/I, 1902. Pożywki — jałowe.

Doświadczenie XVII. Królik. Dnia 17/XII po zabiciu zwierzęcia uderzeniem w kark zaszczepiłem drucikiem: ciecz ze śledziony do dwu probówek z bulionem; z wątroby również do dwu probówek z bulionem. Prócz tego zaszczepiłem na bulionie po kawałku śledziony, płuca i gruczołu krezkowego.

Wynik doświadczenia. 12/I, 1902. We wszystkich pożywkach, na których zaszczepiłem kawałki narządów, rozwinęły się hodowle; natomiast pożywki szczepione drucikiem pozostały jałowemi. Ze śledziony i gruczołu krezkowego wyhodowałem ziarniaki; z płuca — ziarniaki i *b. subtilis.*

Doświadczenie XVIII. Królik. Dnia 17/XII po zabiciu uderzeniem w kark zaszczepiłem drucikiem na bulionie: ciecz ze śledziony do dwu probówek i z wątroby do jednej. Prócz tego zaszczepiłem na bulionie po kawałku śledziony i płuca.

Wynik doświadczenia. 12/I, 1902. W bulionach z kawałkami śledziony i płuca otrzymałem hodowle ziarniaków. Pozostałe pożywki — jałowe.

Doświadczenie XIX. Pies. Dnia 20/I po skrwawieniu zwierzęcia zaszczepiłem drucikiem: ciecz ze śledziony i płuc na bulionie i agarze; z wątroby na bulionie. Prócz tego zaszczepiłem po kawałku wątroby i płuca na bulionie i żelatynie, oraz dwa kawałki śledziony na żelatynie.

Wynik doświadczenia. 31/I. W bulionie z kawałkiem wątroby otrzymałem hodowlę ziarniaków; w bulionie z płucem — laseczników i wreszcie na żelatynie z kawałkiem płuca — *penicillium glaucum.*

Doświadczenie XX. Królik. Dnia 20/I po skrwawieniu zaszczepiłem drucikiem ciecz ze śledziony, wątroby i płuc na bulionie i na agarze, a prócz tego kawałki z tych narządów na bulionie i żelatynie. Przez nieuwagę zaszczepiłem do probówki z bulionem prócz kawałka śledziony królika również kawałek śledziony psa (doświadczenie XIX).

Wynik doświadczenia. 31/I. Na żelatynie z kawałkiem wątroby rozwinęła się hodowla ziarniaków. W bulionie z kawałkami śledziony psa i królika otrzymałem również hodowlę ziarniaków. Pozostałe pożywki — jałowe.

Doświadczenie XXI. Świnka morska. Dnia 20/I po skrwawieniu zaszczepiłem drucikiem ciecz ze śledziony, wątroby i płuc na bulionie i na agarze skośnym, a prócz tego po kawałku z tych narządów na bulionie i żelatynie.

Wynik doświadczenia. 31/I. W bulionie z kawałkiem śledziony otrzymałem ziarniaki, a w bulionie z kawałkiem płuca — pleśń. Pozostałe pożywki jałowe.

Doświadczenie XXII. Świnka morska. Po skrwawieniu (20/I) zaszczepiłem drucikiem ciecz ze śledziony, wątroby i płuc na bulionie i na agarze skośnym, a prócz tego po kawałku tych narządów na bulionie i żelatynie. Powierzchni śledziony wyjątkowo w tym doświadczeniu nie przypalałem.

Wynik doświadczenia 31/I. Z kawałków śledziony i płuc wyhodowałem w bulionie ziarniaki. Pozostałe pożywki jałowe.

Doświadczenie XXIII. Świnka morska. Dnia 20/I po skrwawieniu zaszczepiłem po kawałku śledziony, wątroby i płuc na bulionie i żelatynie, a prócz tego drucikiem z wymienionych narządów na bulionie i na agarze skośnym.

Wynik doświadczenia. 31/I. Na pożywkach nic nie wyrosło.

Doświadczenie XXIV. 25/I. Pies. Po skrwawieniu zwierzęcia zaszczepiłem: ze śledziony kawałek na bulionie i dwa kawałki na żelatynie; z wątroby po dwa kawałki na bulionie i żelatynie; z płuca po kawałku na bulionie i żelatynie; z gruczołów krezkowych cztery kawałki na bulionie i dwa kawałki na żelatynie.

Wynik doświadczenia 31/I. Wyhodowałem we wszystkich czterech pożywkach z kawałkami wątroby laseczniki; w obydwu pożywkach z kawałkami płuca — *b. subtilis;* w trzech bulionach z kawałkami gruczołu krezkowego laseczniki do *b. mesentericus* podobne. Pozostałe pożywki jałowe.

Doświadczenie XXV. Królik. Dnia 25/I zaszczepiłem ze śledziony dwa kawałki na bulionie i jeden na żelatynie; z płuca po kawałku na bulionie i żelatynie; z wątroby kawałek na bulionie i dwa kawałki na żelatynie; z serca kawałek na bulionie; z gruczołu krezkowego dwa kawałki na bulionie i jeden na żelatynie.

Wynik doświadczenia. 7/II. W bulionie z kawałkiem płuca rozwinęła się hodowla laseczników, a w bulionie z kawałkiem gruczołu krezkowego — ziarniaków. Na pozostałych pożywkach nic nie wyrosło.

Doświadczenie XXVI. Młody królik, który żył zaledwie kilkanaście godzin. Dnia 11/III po zabiciu uderzeniem w kark zaszczepiłem: ze śledziony, płuca i serca po kawałku na bulionie i żelatynie; z wątroby i nerek po dwa kawałki na żelatynie i po kawałku na bulionie.

Wynik doświadczenia 20/III. Na żelatynie z nerką rozwinęła się hodowla laseczników. Na pozostałych pożywkach nic nie wyrosło.

Zwierzę użyte do doświadczenia	Data doświadczenia	Czas, w ciągu którego obserwowałem pożywki	Narządy, z których wyhodowałem drobnoustroje	Rodzaj wyhodowanych drobnoustrojów
Pierwszy szereg doświadczeń, w którym szczepiłem pipetą i drucikiem.				
I. Królik	12/XI 1901	4	—	—
II. Królik	13/XI	3	—	—
III. Królik	15/XI	2	śledziona wątroba	b. coli com.? b. coli com.? paciorkowce
IV. Świnka morska	18/XI	10	śledziona wątroba płuco	paciorkowce b. coli com.? ziarniaki
V. Świnka morska	18/XI	10	—	—
VI. Świnka morska	18/XI	10	—	—
VII. Królik	26/XI	9	—	—
VIII. Świnka morska	27/XI	8	—	—
IX. Świnka morska	28/XI	7	płuco	pleśń
X. Świnka morska	28/XI	19	—	—
XI. Świnka morska	28/XI	19	—	—
XII. Świnka morska	28/XI	7	—	—
XIII Świnka morska	28/XI	7	—	—
XIV. Pies	30/XI	5	—	—
XV. Pies	13/XII	4	—	—
XVI. Świnka morska	18/XII	25	—	—
Drugi szereg doświadczeń, w którym szczepiłem kawałki narządów.				
XVII. Królik	17/XII	26	śledziona, płuco. gruczoł krezk.	ziarniaki b. subtilis ziarniaki ziarniaki
XVIII. Królik	17/XII	26	śledziona płuco	ziarniaki ziarniaki
XIX Pies	20/I 1902	11	wątroba płuco	ziarniaki laseczniki
XX. Królik	20/I	11	śledziona wątroba	ziarniaki ziarniaki
XXI. Świnka morska	20/I	11	śledziona	ziarniaki
XXII. Świnka morska	20/I	11	śledziona płuco	ziarniaki ziarniaki
XXIII. Świnka morska	20/I	11	—	—
XXIV. Pies	25/I	6	wątroba płuco, gruczoł krezk	laseczniki b. subtilis b. mesenteric.
XXV. Królik	25/I	13	płuco, gruczoł krezk.	laseczniki ziarniaki
XXVI. Królik	11/III	9	nerka	laseczniki

Omówienie wyników doświadczeń.

Ze sprawozdania powyższych doświadczeń wynika, iż, szczepiąc pipetą lub drucikiem z narządów wewnętrznych 16 zwierząt prawidłowych, tylko z narządów dwóch zwierząt wyhodowałem drobnoustroje, podczas gdy szczepiąc kawałki narządów, tylko z narządów jednego zwierzęcia, nie otrzymałem hodowli drobnoustrojów.

Co się tyczy poszczególnych narządów, to szczepiąc pipetą lub drucikiem:

ze śledziony 16 zwierząt, wyhodowałem drobnoustroje z 2
z wątroby 13 „ „ „ „ 2
z płuc 11 „ „ „ „ 1

Szczepiąc natomiast kawałki:

ze śledziony 10 zwierząt, wyhodowałem drobnoustroje z 5
z wątroby 10 „ „ „ „ 3
z płuc 10 „ „ „ „ 5
z grucz. krezk. 3 „ „ „ „ 3

Szczepiąc drucikiem lub pipetą w pierwszym szeregu doświadczeń (16 zwierząt), otrzymałem hodowle drobnoustrojów tylko z narządów dwóch zwierząt. Na podstawie pierwszego szeregu doświadczeń nie mógłbym więc potwierdzić wyników doświadczeń Carrièrea i Vanvertsa, gdyż, wprowadzając do pożywek, podobnie jak przytoczeni wyżej badacze, nader małe ilości miąższu narządów, otrzymywałem wyniki przeważnie ujemne. Szczepiąc natomiast kawałki narządów, prawie u wszystkich zwierząt wyhodowałem drobnoustroje, a najczęściej ze śledziony i płuc. Gruczoły krezkowe badałem bakteryologicznie tylko u trzech zwierząt, zawsze z wynikiem dodatnim.

Jest rzeczą już z góry wielce prawdopodobną, że jeżeli drobnoustroje znajdują się w tkankach prawidłowych, to w niezmiernie małej ilości. Jasną wobec tego wydaje się okoliczność, iż wynik szczepienia w wysokim stopniu zależy od ilości użytego do szczepienia materyału. Że tak jest istotnie, wskazują te doświadczenia, w których szczepiłem jednocześnie z tych samych narządów pipetą, drucikiem i kawałki narządów; w pożywkach, na których zaszczepiłem kawałki narządów, otrzymywałem stosunkowo bardzo często hodowle drobnoustrojów, podczas gdy pożywki zaszczepione drucikiem lub pipetą pozostawały jałowemi. Doświadczenia IX, XIII i XV, w których szczepiłem ze zwłok zwierząt pipetą i otrzymałem wyniki ujemne, świadczą także o tem, iż na wynik doświadczenia ma wielki wpływ ilość zaszczepionego miąższu narządów. Wiadomo bowiem, iż po śmierci odbywa się przechodzenie drobnoustrojów z jelita do narządów wewnętrznych, przypuszczać przeto należy, że i narządy zwłok zwierząt, z których szczepiłem, a przynajmniej trup zwierzęcia, który dwadzieścia godzin leżał, zawierały w sobie drobnoustroje, które dałyby się wykazać, gdybym był szczepił kawałki narządów.

Możnaby przypuszczać, iż wyniki dodatnie, jakie w doświadczeniach otrzymałem, należy położyć na karb zanieczyszczeń z powietrza. Istotnie wobec dotychczasowych metod badania nie da się zaprzeczyć, że w części moich doświadczeń wyhodowane przezemnie drobnoustroje pochodzą rzeczywiście z powietrza.

Przypuszczenie to jednak nie może dotyczyć wszystkich wyników dodatnich moich doświadczeń z następujących względów: narzędzia, których do doświadczeń używałem, po wyjęciu ze sterylizatora zawsze przed każdorazowem użyciem przeprowadzałem przez płomień palnika Bunsena, przyczem rozpalały się one tak silnie, iż ledwo je w ręku utrzymać mogłem.

Pomiędzy przypaleniem powierzchni narządu a wycięciem kawałka i przeniesieniem go do pożywki upływało zaledwie kilka sekund. Musiałoby być wobec tego bardzo dużo drobnoustrojów w powietrzu, aby stosunkowo tak często zdarzały się zanieczyszczenia. Tymczasem wskutek odpowiedniego przygotowania sali aseptycznej w przeddzień doświadczenia, powietrze w niej zawierało podczas szczepienia bardzo mało drobnoustrojów, jak o tem świadczą płyty żelatynowe i agarowe, wystawione przez cały czas doświadczenia, na których tylko nieliczne kolonie drobnoustrojów wywyrastały. Przytem w części doświadczeń wyhodowałem z narządów takie gatunki drobnoustrojów, jakich w powietrzu podczas doświadczenia nie było, a niekiedy zdarzało się, iż z kilku kawałków jednego i tego samego narządu wyrastał jeden i ten sam gatunek drobnoustrojów

Na płytach, wystawionych w sali aseptycznej podczas doświadczeń, wyrastały najczęściej kolonie ziarniaków, a tylko rzadko laseczników, tymczasem w hodowlach z narządów 19 razy otrzymałem laseczniki, a 15 razy ziarniaki.

Przytoczone fakty uprawniają więc do wniosku, iż przynajmniej w części moich doświadczeń, w których otrzymałem wyniki dodatnie, wyniki te nie pochodziły z zanieczyszczeń z powietrza, a były sprowadzone przez drobnoustroje, znajdujące się w miąższu narządów.

Raczej byłbym skłonny przypuścić, że część wyników ujemnych w moich doświadczeniach przypisać należy tej okoliczności, iż nadto silnie przypalałem powierzchnię narządów, oraz że wycinałem kawałki narządów zbyt silnie rozpalonemi nożyczkami.

Jakkolwiek więc metoda badania bakteryologicznego, jaką dziś posiadamy i jaką się w pracy niniejszej posługiwałem, nie zawsze daje bezwzględną pewność, iż otrzymane wyniki doświadczeń odpowiadają istotnemu stanowi rzeczy, to jednak przytoczone wyżej doświadczenia wskazują, że w warunkach prawidłowych narządy wewnętrzne nie zawsze są bezwzględnie jałowe.

Twierdzenie to tembardziej jest uzasadnione, iż u zwierząt prawidłowych drobnoustroje mogą z przewodu pokarmowego wydostać się, jak to wykazały doświadczenia Rogozińskiego i osiąść w gruczołach krezkowych. Szereg własnych doświadczeń, które wkrótce ogłoszę, wykazuje nadto, iż w warunkach fizyologicznych drobnoustroje z przewodu pokarmowego przechodzą nie tylko do gruczołów krezkowych, ale i do innych narządów wewnętrznych.

Całokształt przeto badań nad jałowością tkanek wyraźnie wskazuje, iż nawet w warunkach prawidłowych narządy wewnętrzne niezawsze są zupełnie wolne od drobnoustrojów.

Kończąc pracę, składam serdeczne podziękowanie P. Prof. K. Kleckiemu, Dyrektorowi Zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniw. Jagiell., za rady, których mi udzielał, i kol. B. Rzegocińskiemu za pomoc w doświadczeniach.

Piśmiennictwo. 1) Moor: Mikroorganizmy wozducha i ich rol w razprostranienii zaraznych bolieznej. (Istoriczeskij oczerk. Petersburg 1895). 2) L. Pasteur: Mémoires sur les corpuscules organisés, qui existent dans l'atmosphère (Annales de chimie et physique. 1862. Vol. 64). 3) Rosenbach: Gibt es Spaltpilze oder deren Keime in den Geweben... (Deutsch. Zeitschr. f Chirurgie 1880 Bd. 13 Cyt. według Hausera p. I. 5). 4) Rindfleisch: Virchow's Archiv. Bd. LIV. 1872. Cyt. według Hausera. 5) G. Hauser: Ueber das Vorkommen von Mikroorganismen im lebenden Gewebe gesunder Thiere. (Archiv f. exper. Path. u. Pharmak. 1886. Bd. XX). 6) L. Manfredi: Ueber die Bedeutung des Lymphgangliensystems für die moderne Lehre von der Infection u. der Immunität. (Virchow's Archiv 1899. Bd. 155. W pracy Manfrediego podane są także wyniki prac jego uczniów). 7) Kälble: Untersuchungen über den Keimgehalt normaler Bronchiallymphdrüsen (Münch med. Woch. 1899. pag. 622. Cyt. według Rogozińskiego). 8) Rogoziński: O fizyologicznej rezorbcyi bakteryj z jelita (Rozprawy wydziału mat. przyrodn. Akademii Umiejętności. Serya III. Tom 2 Dział B. 1902 str. 57—158). 9) Carrière i Vanverts. Etudes sur les lesions produites par la ligature expérimentale de vaisseaux de la rate. (Archives de méd. expér. 1899). 10) W. W. Ford. On the Bacteriology of Normal Organs. (Journal of Hygiene. 1901. vol I. Nr. 2.)

IV. Oceny i sprawozdania.

O łamliwości żeber u obłąkanych.*)

Podał

Dr. Stanisław Jankowski.

Sprawa złamań kości u obłąkanych wogóle, a złamań żeber w szczególności, zajmuje uwagę tak psychiatrów, jak i anatomów od lat czterdziestu; w ostatnich atoli dopiero latach badania drobnowidowe i chemiczne, przeprowadzone przez niemieckich przeważnie autorów, rzuciły światło na tę kwestyę i wyjaśniły do pewnego stopnia powody takich złamań.

Pracując od dłuższego już czasu nad tą sprawą, postanowiłem, — zanim będę mógł podać wyniki własnych spostrzeżeń, — przedstawić w krótkości wyniki badań obcych od lat 40 w tym kierunku robionych, tem więcej, że przypadek, jaki się zdarzył w bieżącym roku w szpitalu św. Łazarza, zwrócił powszechną uwagę na te złamania.

Pierwszymi, którzy zauważyli tę stosunkową częstość złamań żeber u obłąkanych, byli lekarze angielscy Mc. Jntosh, Lindsay, Haerder, Ormerod i inni), a jeden z nich (Lindsay) w pracy swej (omawianej na 36-tem zgromadzeniu Towarzystwa psychiatrów w Berlinie 15 grudnia 1879 r.) przytoczył cały szereg podobnych przypadków z zakładów Sussex, Shorpshire, Carmarthen i Hamwell, z charakterystyczną uwagą, że Anglia jest wprawdzie królestwem systemu „non restraint", — „ale równocześnie i państwem złamań żeber u obłąkanych".

Lekarze angielscy stwierdzili, że w wielu takich przypadkach powodem złamania było użycie gwałtu i brutalność personalu dozorczego, równocześnie atoli zwrócili uwagę na to, że, jak sekcye obłąkanych świadczą, żebra ich zdradzają często nadmierną kruchość i łamliwość.

I tak Davey (*The Lancet* 1870) podnosi, że już w roku 1842 zwrócił uwagę na znaczne rozmiękczenie kości u obłąkanych, a na podstawie opisanych przez siebie 6 przypadków niedołęztwa porażennego przypuszcza, że powodem takiego rozmiękczenia jest rozwijające się u takich chorych charłactwo.

Podobne spostrzeżenie podaje Ullersperger[1]) z Monachium, który opisał cały szereg podobnych przypadków, zaszłych w Anglii, i który, stwierdziwszy smutny stan zakładów angielskich, dodaje, że złe odżywienie kości skutkiem.... *„Cacochymieen und Cachexien... sich in Erweichung und Zerbrechlichkeit der Knochen kundgebend, sich bei Irren herausgestellt hat".*

W ślad za spostrzeżeniami angielskiemi idą spostrzeżenia niemieckie (Gudden, Meyer), następnie włoskie, francuskie (Morselli, Bianto i Verneuil 1876) W Anglii szczególnie około roku 1870 wrzał gorący spór w sprawie powodów złamania żeber u obłąkanych. Z jednej strony lekarze podnosili zmiany zanikowe, napotykane często w żebrach obłąkanych i im przypisywali przyczynę częstych złamań, z drugiej strony opinia publiczna i prasa nie dawały wiary sprawozdaniom lekarskim i w każdym podobnym przypadku dopatrywały powodu złamania w gwałcie i brutalnem obchodzeniu się dozorców.

Wynikł ztąd cały szereg procesów sądowo-karnych, w niewielu jednak tylko przypadkach zdołano z całą pewnością stwierdzić winę personalu służbowego; w znaczniejszej części przypuścić należało, że kości obłąkanych odznaczają się pewną nadmierną łamliwością, która przy przepełnieniu, złem urządzeniu i niedostatecznej ilości dozorczego personalu w zakładach angielskich — ułatwia powstawanie takich złamań. Dokładny opis smutnego ówczesnego stanu angielskich zakładów dla obłąkanych podaje Dr. Uller-

*) Rękopis ten otrzymała Redakcya 9go sierpnia b. r.

sperger z Monachium[1]) w swych psychiatrycznych zapiskach o Anglii

Z psychiatrów niemieckich pierwszy Bernard Gudden (który zginął wraz z królem bawarskim Ludwikiem II tragiczną śmiercią w jeziorze Sternbergskiem 13 go czerwca, 1886) zwrócił w r. 1864 uwagę lekarzy zakładów niemieckich na częste stosunkowo wypadki złamań żeber u obłąkanych z równoczesną prośbą, aby mu o takich wypadkach donoszono. Liczby statystyczne, które Gudden[2]) z nadsyłanych mu przez pięć lat sprawozdań zestawił, przedstawiają się, jak następuje: na 100 autopsyj obłąkanych (50 m. i 50 k.) stwierdzono w 16-tu przypadkach złamanie żeber (16%), 14 u mężczyzn (87·5%), a 2 u kobiet (12·5%), a z tych 14-tu przypadków dotyczyło 8 (a więc 57%) dotkniętych niedowładem postępującym.

W 4 przypadkach złamania były obustronne, w 6 znalazły się po stronie prawej, w 6 po lewej; w 4 przypadkach uległo złamaniu jedno tylko żebro, w 12 pozostałych przypadkach było ich więcej złamanych; tak w jednym przypadku było 14, w drugim 23, w trzecim 30 złamań; zwykle złamania były jednokrotne, czasem wielokrotne (jedno żebro było n. p. 4 razy złamane); w jednym przypadku złamane było tylko żebro XII, w innym znowu I-sze i to w tem miejscu, gdzie wychodziło na zewnątrz z pod nienaruszonego obojczyka.

Jeden z przypadków opisanych przez Guddena dotyczył chorego z wybitnemi zmianami rozmiękczenia kości, a przy sekcyi stwierdzono u niego 30 złamań żeber, których to złamań za życia wcale nie dostrzeżono.

Oprócz tego stwierdził Gudden wybitne rozmiękczenie kości w trzech przypadkach, podając równocześnie, że wogóle lżejsze przypadki rozmiękczenia kości spotyka się u obłąkanych znacznie częściej, niżby za życia przypuszczać było można.

Badania te zniewoliły Guddena do ogólnikowego twierdzenia, że u obłąkanych „mierny stopień rozmiękczenia kości nie jest rzadkiem zjawiskiem“ — dalej, że wielu obłąkanych zostaje przyjętych już z złamanemi żebrami do zakładów — wreszcie, że często stwierdzenie takich złamań za życia jest bardzo utrudnione.

Ścisłych badań anatomo-patologicznych, mikroskopowych i chemicznych Gudden nie przeprowadził; podał natomiast szereg uwag o złamaniach żeber, które i dzisiaj po 33 latach uznać należy za zupełnie słuszne i trafne.

Rozpatrując przyczyny złamań (po uwzględnieniu zmian patologicznych), uznaje je Gudden wogóle za urazowe i podaje trzy zasadnicze powody, które złamania takie wywołać mogą.

W pierwszym rzędzie mogą chorzy sami upaść, uderzyć się o jakiś przedmiot, czy to skutkiem podniecenia, czy też niedołęztwa i niezborności ruchów; „przypadki“ takie w dosłownem tego wyrazu znaczeniu uważa Gudden za bardzo rzadkie, a opisali je Tyermann[3]) (dwa przypadki: w jednym złamanie obojczyka i rzepki skutkiem silnego rzucenia się na drzwi, w drugim złamanie kilku żeber po obu stronach skutkiem upadku na brzeg krzesła): Thurnam[4]) (złamanie obojczyka w czasie upadku padaczkowego).

Charakterystyczny w tym kierunku przypadek przytacza Laehr[5]): jeden chory rzucił się kilkakrotnie sam na poręcz krzesła i kratę komina, następnie chodził bez jakichkolwiek oznak bólu lub niedomagania z rękoma w kieszeniach i wykonywał groźne ruchy ramionami; po dwóch dniach zmarł, a sekcya stwierdziła rozliczne obustronne złamania żeber, których odłamki uszkodziły płuca.

Drugim powodem złamania żeber u obłąkanych jest według Guddena pobicie, uderzenie, kopnięcie, potrącenie itp. obłąkanego przez innego chorego, a podobny przypadek własny cytuje Gudden z zakładu w Werneck, nadto zaś i Thurnam[4]) i to dwa przypadki: w pierwszym złamanie wyrostka kruczodzióbego łopatki, w drugim złamanie kości ramieniowej. Trzecią przyczyną złamania żeber jest pobicie i brutalne obchodzenie się personalu dozorczego z chorymi„. Jestto smutnem i można temu zaprzeczać, a tak jest przecież w istocie“, — powiada Gudden; cały szereg takich przypadków podają sprawozdania angielskie i niemieckie, a do tej kategoryi zaliczyć należy także przypadek zaszły w Krakowie w r. b.

Zastanawiając się nad tem, w jaki sposób możnaby zapobiedz takiej brutalności personalu dozorczego, podnosi Gudden, że uniknięcie jej jest rzeczą bardzo trudną, a przedewszystkiem radzi, aby lekarze zakładów dla obłąkanych uczyli dozorców względnego, łagodnego i umiejętnego obchodzenia się z chorymi; — następnie aby płace dozorców były odpowiednio podwyższane w miarę ich zdolności i pracy; dalej — aby umożliwiać personalowi dozorczemu wstępowanie w związki małżeńskie i w ten sposób przywiązywać go do służby w zakładach, wreszcie — aby, o ile to jest możliwe, zapobiegać sposobnościom do gwałtownych zajść.

W tym celu zakład powinien rozporządzać zawsze dostateczną liczbą dozorców płci obojej; — dozorcy ci powinni pozostawać pod ustawiczną kontrolą lekarza i nie powinni wobec chorych używać siły fizycznej, tylko w obecności, względnie za wiedzą lekarzy zakładowych. (C. d. n.).

V. Wyciągi.

Zimmermann. **Zastosowanie balonu do jamy macicy w położnictwie.** (*Monatsschrift für Geb. und Gyn.* tom 16, Zeszyt I, 1902). Na podstawie 645 przypadków zebranych w piśmiennictwie, oraz własnych spostrzeżeń zastanawia się Z. nad sposobem działania, techniką, wskazaniami i wynikami zastosowania balonów do jamy macicy. Już dawniej wiedziano, że balon, ułożony nad ujściem wewnętrznem macicy, wywołuje bóle, nie wiedziano jednak dlaczego. Wytłómaczył to Keilmann (1898), który na podstawie swych badań doszedł do przekonania, że tak bóle porodowe fizyologiczne, jak i sztuczne, wywołane są wskutek ucisku pęcherza płodowego, względnie balonu, na zwoje nerwowe samoistne, leżące w szyjce macicy; że zwoje takie istnieją i nie zależą od ośrodkowego układu nerwowego, za tem przemawiają przypadki porodu dobrowolnego przy silnych bólach, mimo obecności *myelitis transversa* dolnej części rdzenia lędźwiowego. Wytłómaczenie to niemało przyczyniło się do udoskonalenia samej techniki. Tam, gdzie idzie tylko o zastąpienie przedwcześnie pękniętego pęcherza płodowego, wystarczy wsunąć balon elastyczny (Brauna) do jamy macicy, wypełnić odpowiednią ilością płynu (woda przekroplona, płyn antyseptyczny) i zostawić, aż sam się urodzi do pochwy. Tam zaś, gdzie idzie o wzmocnienie słabych bólów porodowych, trzeba w celu silniejszego podrażnienia zwoju nerwowego, a więc w celu wywołania nań silniejszego ucisku, obciążyć balon stosunkowo małym ciężarem, większym zaś, gdy idzie równocześnie o szybsze ukończenie porodu. Wreszcie w przypadkach, gdzie zależy głównie na możebnie szybkiem rozszerzeniu szyjki w celu natychmiastowego ukończenia porodu, albo wskutek blizn w szyjce, tam należy użyć balonu nie elastycznego (Champétier-de-Ribes), albowiem ten znosi o wiele większe obciążenie, aniżeli elastyczny. Przed zastosowaniem balonu należy dokładnie oczyścić zewnętrzne części rodne i pochwę, wypróżnić pęcherz moczowy i kiszkę stolcową; sam zaś balon i narzędzia wygotować, lub wyjałowić, podobnie jak i ręce. Przed wprowadzeniem balonu należy się przekonać o jego nieprzepuszczalności. Wprowadza się go pod kontrolą palców, zapomocą „koranzangi“.

Balon znajduje zastosowanie 1) w celu sztucznego przerwania ciąży; 2) w celu rozszerzenia ujścia macicy przy porodzie w przypadkach patologicznych; 3) przy łożysku przodującem. — *Ad* 1). Najważniejsze znaczenie ma zastosowanie balonu w celu

[1]) Ullersperger: „Psych. Notizen über England“ Allg. Zeitschrift für Psychiatrie XXVIII, 1871.

[2]) B. Gudden: „Ueber den Rippenbr. b. Geisteskr.“ Archiv für Psychiatrie II. 1869.

[3]) Tyermann: „Chirurgie b. Behand. der Geisteskr.“: Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie XX 1863.

[4]) Thurnam: Sprawozdanie z Wilts county Asylum według All. Zeitschrift für Psychiatrie XXI. 1864.

[5]) Laehr: „Ueber die Rippenbrüch: der psych. Kranken“. All. Zeitschrift für Psychiatrie XX. i XXVII. 1881.

wzniecenia przedwczesnego porodu. Sposób ten o tyle lepszy od innych, że szybko i pewnie wywołuje bóle, że zachowuje pęcherz płodowy aż do zupełnego rozwarcia ujścia macicy, że w największej liczbie przypadków zabieg ten, raz wykonany, wystarcza. Po urodzeniu się balonu bardzo często korzystniej będzie poród natychmiast sztucznie ukończyć, bacząc na to, że poród przedwczesny wznieca się już to z powodu ciasnej (płaskiej) miednicy, już to z powodu choroby matki. Na 211 porodów przedwczesnych, wznieconych balonem elastycznym, urodziło się żywych dzieci 83·6%, wyszło żywych dzieci 70·3%, chorowało kobiet 15·8%, umarło kobiet 3·8%. Na 59 przypadków, gdzie poród ukończono natychmiast sztucznie, urodziło się żywych dzieci 93·2%, a wypuszczono żywych dzieci 86·4%. Z również dobrym skutkiem użyto balonu elastycznego do wzniecenia, względnie przyspieszenia, poronienia. — *Ad* 2). Tu należą przypadki przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego, osłabienie bólów porodowych, nieprawidłowe położenia płodu, wypadnięcia części drobnych lub pępowiny, gorączka, rzucawka porodowa. Jest to grupa przypadków, w których zależnie od nagłości można użyć tak balonów elastycznych, jak i nie elastycznych. Na 159 przypadków, w których z powodu powyższych powikłań zastosowano balon do jamy macicy, urodziło się żywych dzieci 127, gorączkowało kobiet 29, zmarły 2. — *Ad* 3). Przy łożysku przodującem niema zdaniem autora lepszego leczenia, szczególnie w praktyce prywatnej, jak zastosowanie balonu. Działa on tamponująco i równocześnie rozszerzająco tak, że po jego urodzeniu się można natychmiast przystąpić do sztucznego rozwiązania kobiety. Balon należy o ile możności wprowadzić między błony płodowe a ściany macicy tak, aby pęcherza płodowego nie naruszyć. Da się to prawie zawsze osiągnąć, nawet przy przodującem łożysku środkowem. Na 79 przypadków łożyska przodującego, w których zastosowano balon po przebiciu błon płodowych, urodziło się żywych dzieci 56·99%, gorączkowało kobiet 16·4%, zmarło kobiet 7·59%; na 30 przypadków, gdzie nienaruszono pęcherza płodowego, urodziło się żywych dzieci 76·66%, gorączkowało kobiet 10%, zmarło kobiet 3·33%. Należy zawsze użyć balonu elastycznego i małego obciążenia.

Dr. E. Ehrenpreis.

Max Einhorn. **Dychawica niestrawnościowa** *(asthma dyspepticum)*. (*Journal of Americ. Medic. Assoc.* 1 lutego 1902 r.). Cierpienie to stosunkowo nieczęste i mało znane ogółowi lekarzy polega na napadach duszności po jedzeniu u osób, ulegających cierpieniom żołądka przy zdrowych narządach piersiowych. Prof. Einhorn spostrzegał 31 przypadków tej choroby i na podstawie tego materyału uważa za możliwe wyosobnienie dwóch postaci dychawicy z niestrawności: 1. przypadki, w których napady duszności zjawiają się peryodycznie w formie ostrej, i 2. przypadki, w których dychawica ta ma przebieg więcej przewlekły. Pierwsza grupa cechuje się występowaniem ostrych napadów duszności, po mniej lub więcej długich przestankach, bądź bez żadnego widocznego powodu usposabiającego, bądź też po nadużyciach w jedzeniu, piciu, paleniu, lub wreszcie po silnych podbudzeniach innego rodzaju. Napady bywają zazwyczaj bardzo ciężkie i towarzyszą im nieraz objawy grożące życiu: niezmiernie silna duszność, sinica, nawet zapad.

Grupa przewlekłej dychawicy niestrawnościowej jest większą od poprzedniej i może być podzielona na dwie kategorye: w pierwszej napady duszności powstają wkrótce po jedzeniu bez żadnych zewnętrznych pobudek, lub też po ruchu; w drugiej odmianie napady występują w 2—3 godziny po jedzeniu, również same przez się, lub po chodzeniu i t. p.; w pewnej części przypadków tej kategoryi udaje się wstrzymać napad spożyciem jadła w niewielkiej ilości.

Przypadki, należące do pierwszej kategoryi, są bardzo podobne do dusznicy bolesnej, w której z początku również nieraz nie udaje się wykryć żadnych zmian w sercu i naczyniach. Zazwyczaj ścisłe rozpoznanie udaje się ustalić dopiero po wypróbowaniu leczenia: gdy dychawica niestrawnościowa stale i napewno ustępuje po wyleczeniu cierpienia przyczynowego (żołądka) i napady — przy odpowiednim trybie życia — nie wracają, t. j. że następuje wyleczenie trwałe, to dusznica bolesna, wywołana cierpieniami serca i naczyń, daleko trudniej podlega leczeniu i polepszenie, jeżeli nawet nastąpi, bywa nietrwałe i przemijające.

Prawie we wszystkich przypadkach autora (a zauważyć należy, że tyczyły się one wyłącznie osób dorosłych, wbrew utartemu zdaniu, iż dychawica niestrawnościowa bywa prawie tylko u dzieci), wykonano badanie wydzielniczej wydolności żołądka. Jakiegoś określonego jednostajnego cierpienia u wszystkich chorych nie wykryto, lecz w pewnej części przypadków znaleziono niedomogę wydzielniczą (*achylia gastrica*), a jeszcze częściej nadmiar kwasu solnego *(hyperchlorhydria)*. W obu rodzajach tych zaburzeń odpowiednie leczenie uwieńczone zostało zupełnem powodzeniem, względnie ustaniem napadów duszności.

Fakt, iż dwa wręcz przeciwne stany żołądka wywołują to samo zjawisko, t. j. dychawicę, tłómaczy się tem, iż w obu przypadkach mamy do czynienia z podrażnieniem błony śluzowej żołądka (przy zwiększonej ilości HCl od nadmiaru kwasów w soku żołądkowym, zaś przy *achylia gastrica* od mechanicznego podrażnienia cząstkami jadła). W przypadkach, w których zmian wydzielniczych w żołądku nie znaleziono, należy przypuścić nadczułość żołądka (jak to utrzymywał już dawniej Boas). Nakoniec w niektórych przypadkach dychawicy niestrawnościowej spostrzegano opuszczenie wątroby, mogące również być przyczyną powstania napadów dychawicy.

Leczenie należy kierować przeciw zaburzeniom w trawieniu i starać się poprawić nieprawidłowe położenia narządów brzusznych, głównie wątroby, jeżeli ten stan istnieje. Prawidłowy tryb życia, unikanie nadmiaru tytoniu i wyskoku, a również przepracowania umysłowego, ma też niemałe znaczenie w leczeniu dychawicy niestrawnościowej. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

Prof. Sydney Kuh. **Leczenie akromegalii przetworami nasadki mózgowej.** (*Journal of Amer. Med. Assoc.* 1 lutego, 1902 r.). Jak wiadomo, w większości przypadków akromegalii znajdowano po śmierci zmiany w nasadce mózgowej. Autor niniejszej pracy idzie jeszcze dalej i wypowiada przekonanie, iż we wszystkich przypadkach tej choroby, gdzie tylko rozpoznanie było bez zarzutu, można było znaleźć te lub inne zmiany w nasadce mózgu, jeżeli poddano ją nietylko makroskopowemu, lecz i mikroskopowemu badaniu. Na podstawie tej obserwacyi zapoczątkowano próby organoterapii w akromegalii. Autor stosował nasadkę mózgową w trzech przypadkach akromegalii: u wszystkich tych chorych działanie okazało się dodatnie, szczególnie widoczne było u dwóch z nich: ustąpiły mianowicie bóle i zawroty głowy, ogólne osłabienie, nadmierne pocenie się i wymioty. Zmiany organiczne, jak zanik nerwu wzrokowego, lub powiększenie się obwodowych części ciała, oczywiście pozostały i po leczeniu nasadką mózgową, lecz objawy podmiotowe bezwarunkowo złagodniały, co ma niemałe znaczenie wobec bezskuteczności innych sposobów leczenia. (Niektórzy badacze spostrzegali krótkotrwałe co prawda, polepszenie po zastosowaniu przetworów gruczołu tarczykowego, co i ja osobiście stwierdziłem w jednym przypadku akromegalii. *Sprawozd.*).

Wpływ poddawania (sugestyi) w przytoczonych przypadkach autor stanowczo wyklucza.

Dodatnie działanie przetworów nasadki mózgowej na chorych autora trwa (do chwili ogłoszenia artykułu drukiem) 1—1½ lat, w ciągu których stan ich widocznie się jeszcze polepszył. Nasadkę mózgową stosowano w postaci proszku, lub kołaczyków (dawka jednorazowa 0,3); po kołaczykach jednak spostrzegano mniejsze działanie przy jednakowej zawartości leku, zapewne wskutek gorszej rozpuszczalności. Wyniki, otrzymane przez prof. Sydney Kuha, zgadzają się w ogólnych zarysach ze spostrzeżeniami wielu innych autorów, którzy stosowali organoterapię w akromegalii.

Dr. St. Rudzki (Lublin).

Dr. Soetbeer. **Fosfaturya.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* T. 56, 6 B. 1 H., 1902). Niejasny obraz kliniczny fosfaturyi dał powód do licznych hipotez. I tak Peyer w swej monografii zalicza ją do neurozy nerkowej. Ch. H. Rolfe odróżnia dwie postacie fosfaturyi: *a)* fosfaturya z cukrzycą, jako zbiór objawów, połączonych ze zwiększonem wydzielaniem kwasu fosforowego, i *b)* fosfaturya, w której niema zwiększonego wydzielania kwasu fosforowego, lecz tylko złogi fosforowe w moczu. Robin, tworząc swoją „phosphaturie terreuse des dyspeptiques“, kładzie główny nacisk nie na przypadłości nerwowe, lecz na niestrawnościowe i rozróżnia *a)* postać ciężką, połączoną z kamieniami fosforowymi i *b)* lekką z bólami w okolicy krzyżów i pęcherza, oraz z objawami neurastenicznymi, zwolnieniem tętna, dusznością, znużeniem, bladością cery, kwaśnemi odbijaniami, kurczami i bólami żołądka.

Autor opisuje przypadek fosfaturyi u dziewczynki sześcioletniej, okazującej wyraźne zaburzenia odżywcze, nieżyt kiszki grubej, nieregularnie występujące napady silnych bólów w okolicy żołądka, rozszerzających się ku wątrobie, nerkom i rdzeniowi pacierzowemu.

Chcąc się przekonać o przyczynie tego patologicznego stanu moczu, S. poddał równocześnie próbie kontrolnej ustrój zdrowy i przekonał się, że kwasota moczu obu prób jest prawie jednakowa, ilość kwasu fosforowego u zdrowej zwiększona o 0·05, zaś wapna u chorej zwiększona o 0·263 grm.; zaś badanie kału wykazuje u chorej w stosunku do zdrowej zmniejszenie wapna o 0·31 grm. Zwiększona ilość wapna w moczu chorej pochodzi z wapna, znajdującego się w pokarmach, które nie zostało wydalone drogą jelit, lecz przeszło przez nerki.

Liczbowy stosunek P_2O_5 do CaO w moczu u zdrowej, jest

jak 12: 1, a u chorej 4: 1; to wyjaśnia zupełnie powstanie osadu, gdyż nadmiar alkaliów ziemnych ułatwia tworzenie się trudno rozpuszczalnych obojętnych i alkalicznych fosforanów w moczu. Nienaruszona czynność nerek przemawia przeciw temu, by nerki były nadmiernie przepuszczające dla wapna; o wiele pewniejszem jest przypuszczenie choroby w kiszce grubej, objawiającej się jako jej nieżyt i upośledzenie w czynności wydzielniczej, zwłaszcza w stosunku do wapna. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Dr. J. G. Rey. **Nagminne występowanie ostrego zapalenia ucha środkowego u dzieci.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* N. F. 55, B. 5, 3. Nr., 1902). Prócz zapaleń ostrych, ropnych lub surowiczych ucha środkowego, wikłających przebieg chorób zakaźnych, zwraca autor uwagę na pierwotną postać tego zapalenia, występującego nader często u dzieci w wieku od 3 do czterech lat. Rey spostrzegał 57 przypadków ostrego zapalenia ucha środkowego u dzieci, w 49 przypadkach obustronnego, a w 8 jednostronnego. W 47 przypadkach wypocina była surowicza, w dwóch po jednej stronie surowicza, po drugiej ropna; w 8 przypadkach ropna. Objawy zapalnego zajęcia błony bębenkowej istniały we wszystkich przypadkach z wypociną surowiczą; raz zaś tylko przy wypocinie ropnej. Wiek chorych wahał się od 2 miesięcy do 8 lat. Choroba ta zawsze zaczynała się zwiastunowym stanem gorączkowym dochodzącym do 39°, a nawet 40°, oraz nieżytem błon śluzowych öcz, nosa i gardła. Po kilku dniach stan ten znika, pozostawał tylko lekki nieżyt nosa, a po krótkiej przerwie bezgorączkowej ciepłota podnosiła się znowu nawet do 40·5°, dzieci stawały się niespokojne, po nocach krzyczały, biły główką o pościel, chwytały się rękami za skroń, twarz zaczerwieniała się, a nieraz na klatce piersiowej występowała szkarłatna wysypka. Dzieci takie przestają odżywiać się, tracą łaknienie, pobudzane są do krótkiego męczącego kaszlu, opadają z sił, a czasem ulegają śpiączce. Badanie wziernikowe uszów wykazuje objawy, począwszy od nieżytu trąbki, aż do ciężkiego zapalenia ucha środkowego z przedziurawieniem błony bębenkowej. Choroba trwa zależnie od natężenia i umiejscowienia: zapalenie surowicze i surowiczo-krwawe ustępuje bez śladu po dwóch do trzech dniach, również przedziurawienie przy wypocinie surowiczej, o ile występuje łatwo, o tyle kończy się zwykle pomyślnie. Jeżeli przebicie ropnej wypociny nie nastąpi w krótkim czasie, czy to samoistnie, czy przez nakłócie, to występują najczęściej objawy zadrażnienia błon mózgowych, zapalenie kości skalistej i t. d. Ropa z ucha środkowego u dzieci, w przeciwieństwie do wieku ludzi dorosłych, nie zawsze wylewa się do komór wyrostka sutkowego, lecz często przesuwa się wzdłuż trąbki do przestworu nosowo-gardłowego, a istniejące wybujałości gruczołowate mogą utrudniać ten odpływ, co podtrzymuje stan gorączkowy.

Na 57 przypadków zapalenia środkowego spostrzegał autor 6 przypadków powikłań z zapaleniem włóknikowem płuc. W wypocinie ostrego zapalenia ucha wykazał Zaufal istnienie Friedländerowskich i Fränkl-Weichselbaumowskich prątków, względnie diplokoków. Prątki te, wywołujące zapalenie płuc i zapalenie ucha środkowego, znaleziono również w wydzielinach błony śluzowej nosa, a zakażenie z nosa przedostaje się do trąbki i do ucha środkowego szczególnie łatwo tam, gdzie z powodu istniejących wyrośli gruczołowatych zapalna wydzielina jamy nosowo-gardłowej z powodu utrudnionego odpływu wciska się do trąbki. Ropne zapalenie ucha środkowego w przypadkach takiej epidemii należy uważać za zakażenie mięszane, względnie następowe. Leczenie tej choroby polega głównie na zwalczaniu zapalenia błony śluzowej nosa i zapalenia gruczołów, które należy uważać jako wstępne okresy do powstania zapalenia ucha środkowego. Autor poleca wdmuchiwania do nosa proszku z kseroformem, z początku co trzy godziny, później trzy razy dziennie. W razie istniejącego przedziurawienia lub dokonego już przekłócia błony bębenkowej doradza przepłókiwanie ucha trzy razy dziennie jałowym fizyologicznym rozczynem soli kuchennej i wkraplanie płynu Burowa po połowie z gliceryną.

Dr. Bolesław Komorowski.

Prof. Dr. Cattaneo. **Niektóre odruchy w pierwszym wieku dziecięcym.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* 55, 13, 5. Heft 4). Autor dokonał 180 spostrzeżeń odruchów u dzieci od chwili urodzenia się aż do końca drugiego roku życia i przyszedł do następujących wniosków: I. Wyprostowywanie palców zamiast zginania przy badaniu odruchu podeszwowego spostrzegamy w pierwszym roku życia oseska w 30% przypadków, a najczęściej w pierwszych trzech miesiącach życia, najrzadziej zaś w drugiej połowie drugiego roku życia. Odruch Babińskiego prawie w $^1/_8$ części przypadków występuje równocześnie z zwiększeniem odruchu ścięgnistego rzepkowego, a w $^1/_4$ części z powiększeniem odruchu podeszwowego, — lecz może występować i przy nieobecności odruchów ścięgnistych i skórnych. Odruch ten częściej jest u dzieci zdrowych, niż u chorych i niema aż do końca drugiego roku życia patologicznego znaczenia. II. Odruch Schäfera znajduje się u wszystkich dzieci i w każdym wieku. Prof. Cattaneo przy badaniu odruchu Schäferowskiego nigdy nie wykazał wyprostowania palców nóg, tylko zawsze zgięcie, nawet w przypadkach obecności objawu Babińskiego. Dlatego potwierdzonem zdaje się być przypuszczenie Vergera i Abadiego, że ucisk na ścięgno Achillesa wytwarza działanie samoistne, niezależne od drażnienia skóry. III. Odruch podeszwowy można spostrzegać już w pierwszych dniach życia i występuje on prawie zawsze w pierwszym roku życia, u dzieci atroficznych, zwiędłych jest nader słaby. IV. Odruch rzepkowy jest bardzo silny w pierwszych dniach życia, a więc w myśl teoryi Jendrassika wybitny jest wpływ podwyższonego napięcia mięśni na wytwarzanie się odruchów. Bezwzględna równoległość nie istnieje między jędrnością mięśni, a odruchami ścięgnistymi, gdyż autor spostrzegał powiększenie odruchu ścięgnistego rzepkowego w przypadkach zwątlenia mięśni. V. Odruchy rzepkowe i podeszwowe są nader żywe u dzieci krzywiczych. VI. Odruch brzuszny spostrzega się tylko w połowie przypadków, występuje bardzo słabo po pierwszym miesiącu życia, silniejszy po drugim miesiącu, a często pojawia się dopiero po pierwszym roku życia. VII. Odruch mięśnia dźwigacza jądra jest rzadki w pierwszym roku życia, a występuje dopiero po trzecim roku. VIII. Stała obecność odruchów rzepkowych i podeszwowych w pierwszym czasie życia oseska może mieć znaczenie patologiczne.

Dr. Bolesław Komorowski.

Gerson. **Przyczynek do mechanicznego leczenia niezdolności do spółkowania.** (*Therapie der Gegenwart* 1902, Nr. 7). Ponieważ środki wewnętrzne i higieniczno-dyetetyczne, stosowane przeciw niezdolności do spółkowania, nie odnoszą wyników zadawalniających, dlatego też środki mechaniczne mają ważne znaczenie praktyczne. Dla wywołania wzwodu podaje autor mocno tkaną opaskę plastrową (Beiersdorfa), długości 14 ctm., której przedni i tylny brzeg tworzą rozciągliwe paski ze sukna. Trzymając lewą ręką za żołądź, chory pociąga mocno prącie i nakłada prawą ręką opaskę ściśle naokoło prącia tak, że węższy pasek sukna znajduje się za żołędzią, poczem przytwierdza się jeszcze opaskę tasiemkami, do niej przymocowanemi. Na tak uzbrojony członek naciąga się kondom, którego koniec można odciąć i wolną żołądź należy trochę namaścić. Kondom tworzy gładką powierzchnię tarcia, a żołądź wolna nie robi ujmy uczuciu rozkoszy. Opaska ta przytrzymuje prącie w położeniu naciągniętem, paski sukienne na brzegach zapobiegają przylepieniu się włosów i wrzynaniu się w prącie. Opaska umożliwia przypływ tętniczy, wywołując równocześnie lekki zastój żylny w żołędzi, a nieraz nawet i wzwód. Opierając się tylnym brzegiem o brzuch i mocną swoją tkaniną nadaje opaska prąciu mechaniczną podporę i sztywność, co umożliwia wprowadzenie prącia. Doświadczenia autora na chorych dają dobre wyniki; przy niezdolności psychicznej opaska działa korzystnie na wyobraźnię, umożliwiając w krótkim czasie spółkowanie bez opaski. *Dr. Fels.*

Dr. P. Hampeln. **O niezwykłym przypadku uwięźnięcia jelita cienkiego.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. IX, Zeszyt 4 i 5, 1902). Autor opisuje przypadek niedrożności przewodu pokarmowego, stwierdzonej sekcyjnie. W czasie autopsyi znaleziono następujące stosunki: znaczna część pętli jelita cienkiego (890 ctm.) została przerzuconą ponad jelito esowate z prawej strony na lewą. Równocześnie jelito esowate przesunęło się na stronę prawą. Ugniecione jelito esowate tak się rozdęło, że uwięzło jakby w pierścieniu nad niem leżącego trzonu krezkowego. Tę formę niedrożności, w której niemałą rolę odgrywa odruchowe napięcie powłok brzusznych, proponuje K. nazwać „prostem skrzyżowaniem osi pętli jelitowych". *Herman.*

Dr. M. Jaffé. **O wskazaniach i rokowaniu po operacyi raka odbytnicy — z dodatkiem modyfikacyi techniki operacyjnej.** (*Archiv Langenbecka* Tom 67, Zeszyt I, 1902). Na wstępie podnosi autor ważność badania odbytnicy palcem, zwłaszcza w położeniu chorego, jak przy *sectio mediana* i w postawie stojącej. Następnie zastanawia się nad rozpoznaniem różniczkowem między rakiem a innemi owrzodzeniami, omawia (rzecz znana zresztą), gdzie szukać należy gruczołów zajętych i kończy pewną modyfikacyą operacyi. Zasadniczo i w każdym przypadku rozpoczyna cięciem poprzecznem przez międzykrocze i ztąd drąży wgłąb aż do otwarcia otrzewnej. W kazdym przypadku ułatwia sobie przez to późniejszą operacyę od kości krzyżowej, — a zaś tam, gdzie istnieją zrosty z gruczołem krokowym, wczas jeszcze odstąpić może od operacyi. Następnie w przypadkach wycięcia odbytnicy koniec dośrodkowy jelita przeciąga obok kości krzyżowej i przyszywa do skóry (*anus praeternat. sacralis*), a obwodowy przyszywa do bocznej ściany poprzedniego. Dopiero po przygojeniu się tego osta-

tniego, przepala Paquelinem przez rzyć otwór w ścianie odcinka dośrodkowego i w końcu plastycznie zamyka rzyć sztuczną. *Herman.*

Dr. F. Krauserer. **W sprawie całkowitego wykluczenia pętli jelit.** (*Centralblatt für Chirurgie* 1902, Nr. 19). Kilkoma zabiegami wykluczył autor u 53-letniego mężczyzny z powodu dużej przetoki w jelicie ślepem po zapaleniu wyrostka robaczkowego, 6 cali jelita biodrowego, całą kiszkę wstępującą i połowę kiszki poprzecznej. W pół roku dopiero po tej ostatniej operacyi zamknął plastycznie przetokę. Dziś 4½ lata po operacyi chory ma się zupełnie dobrze. *Herman.*

Maksymilian Kohn.

W szeregach lekarzy krakowskich powstała nowa luka. Zgasł człowiek wybitny, utalentowany, znakomity specyalista-ginekolog, lekarz szerokiego wzięcia, który zajmował przodujące stanowisko nietylko w ścisłym zakresie zawodu lekarskiego, lecz i na arenie społecznej odegrał znaczącą i zaszczytną rolę, która Mu zjednała szczere uznanie za życia, a niespożytą pamięć po śmierci.

Błog. pamięci Maksymilian Kohn urodził się w Limanowej r. 1849, szkoły średnie i nauki lekarskie ze stopniem doktora medycyny ukończył w Krakowie. W r. 1876 udał się do Wiednia, gdzie złożył egzamin na stopień magistra położnictwa i w dalszym a nieprzerwanym ciągu poświęcał się tej gałęzi medycyny, pracując w klinice prof. Brauna i w poliklinice Karola Rokitańskiego, u którego został sekundaryuszem w szpitalu chorób kobiecych Maryi Teresy i na tem stanowisku przetrwał lat kilka. W r. 1879 przybył do Krakowa i objął obowiązki sekundaryusza w oddziale szpitala św. Łazarza, zostającym pod kierownictwem ś. p. prof. Madurowicza i piastował tę posadę przez lat 4, oddając się jednocześnie wykonawstwu lekarskiemu poza szpitalem, w czem miał szczególne powodzenie i wziętość. Po wystąpieniu ze szpitala św. Łazarza staraniami swemi przyczynił się do otworzenia oddziału ginekologicznego w szpitalu izraelickim na Kazimierzu, który, o ile to nam wiadomo, własnym kosztem urządził i zaopatrzył w narzędzia.

Zmarły był członkiem czynnym Towarzystwa lekarsk. krak. i sprawował urząd jego wiceprezesa; należał do założycieli krak. Towarz. ginekologicznego, był członkiem zarządu Izby lekar. zachodnio-galicyjskiej; wybrany do Rady miejskiej m. Krakowa, pełnił obowiązki radzieckie pilnie i z wielką korzyścią dla miasta. W ruchu literackim brał chlubny udział; do cenniejszych rozpraw zmarłego należały: 1) O leczeniu śródmacicznem i oddziaływaniu macicy przy temże (Przegl. lek., r. 1879). 2) Przyczynek do kazuistyki drenowania macicy chorej po porodzie (Przegl. lek., 1889). 3) Torbiel jajnika, owaryotomia, wyzdrowienie (Przegl. lek., 1880). 4) O zastosowaniu nowego sposobu rozszerzania szyi macicznej (Przegl. lek., 1880). 5) Polip łożyskowy. Przyczynek kazuistyczny do rozpoznawania i leczenia krwotoków macicznych (Przegl. lek., 1883) 7) Urywki z dziejów ginekologii (Przegl. lek., 1883). 8) Vagina septa infra simplex. Operatio (Przegl. lek., 1885). 9) Przyczynek do leczenia niepłodności, wywołanej przodozgięciem macicy (Przegląd lekarski, 1888).

Ten pobieżny rzut oka na życie błog. pamięci Maksymiliana Kohna dowodnie świadczy nietylko o wysokich zaletach Jego umysłu i serca, lecz i o znakomitych zasługach na rozmaitych polach zawodowego i obywatelskiego działania. Stan lekarski stracił w Nim światłego towarzysza, który etykę koleżeńską wcielił w życie swoje; chorzy stracili biegłego i sumiennego lekarza i pocieszyciela; piśmiennictwo zawodowe — wytrawnego autora; szpitalnictwo — znakomitego kierownika oddziału; ubodzy i wydziedziczeni — filantropa dobroczyńcę; miasto — pilnego, zapobiegliwego i światłego radcę; a ogół — wysoce uspołecznioną jednostkę, szczerego obywatela polaka. Błog. pamięci Maksymilian Kohn był całe życie tem, czem Go Bóg stworzył: wpływ jednak kształcący środowiska społecznego i kulturalne oddziaływanie szkoły, literatury i sztuki wypielęgnowały w Nim uczucia narodowe polskie bez wszelkich zastrzeżeń osobistych, wyznaniowych lub rasowych; myślą obejmował cały horyzont polski, sercem miłował wszystkich synów tej ziemi, przeszłość i przyszłość polskiego narodu. Nie tu miejsce przytaczać dowody szczerości tych uczuć: wszyscy je mamy w myśli, pielęgnujemy w wdzięcznem sercu. Ten pierwiastek społeczny i narodowy w zasadach, uczuciach i działaniu bł. p. Maksymiliana Kohna uczynił Jego osobę nietylko poważaną, lecz serdecznie kochaną i szczerze szanowaną, — powtarzamy przez całe społeczeństwo nasze bez żadnej różnicy. Dziś, gdy nam z zbolałem i rozżalonem sercem pozostaje poddać się wyrokom nieubłaganego losu, żegnamy Go słowami niewygasłej wdzięczności i czci dla Jego niespożytych zasług. *A. K.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 25 września.

* W biurze Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbyło się d. 20 b. m. skrutynium wyborów do zarządu Izby na nowe trzechlecie. Wybrani zostali: Z miasta Krakowa członkami Izby: Dr. Łazarski, Dr. Kwaśnicki, Dr. Trzebicky, Dr. Schoengut. — Zastępcami: Dr. Raczyński, Dr. Rutkowski, Dr. Żuławski. Dr. Gwiazdomorski.

Z grup wyborczych: Z I-szej: Dr. Opydo — członkiem, Dr. Bogdanik — zastępcą. Z II-giej: Dr. Aronson — członkiem, Dr. Smorągiewicz — zastępcą. Z III-ciej: Dr. Kijas — członkiem, Dr. Zieliński — zastępcą. Z IV-tej: Dr. Ćwiklicer — członkiem, Dr. Galant — zastępcą. Z V-tej: Dr. Walczyński — członkiem, Dr. Bernadzikowski — zastępcą. Z VI-tej Dr. Jabłoński — członkiem, Dr. Zagórski — zastępcą. Z VII-mej: Dr. Dietzius — członkiem, Dr. Fleszar — zastępcą.

* Dzienniki donoszą, że sprawa założenia Towarzystwa naukowego imienia Marcelego Nenckiego w Warszawie natrafia w sferach decydujących na trudności. Jednocześnie otrzymujemy z »Instytutu medycyny doświadczalnej« w Petersburgu wezwanie do składek na fundusz imienia Marcelego Nenckiego, którego cel ma się później oznaczyć.

Petersburscy wielbiciele genialnego badacza zgodzą się z nami, że najwznioślejszem uczczeniem ludzi nauki jest wytworzenie warunków do pójścia w ich ślady; nie ujmujemy szlachetnemu zamiarowi zebrania funduszu imienia zmarłego badacza i przeznaczenia go n. p. na stypendya, ale głęboko przekonani jesteśmy o słuszności naszego twierdzenia, że stworzenie instytucyi dla dalszych badań, nakreślonych przez Nenckiego, jest jedynie pomysłem stosownym i godnym zmarłego profesora. Warszawa posiada wszystkie wymarzone warunki, dające rękojmię pomyślnego rozwoju takiego Towarzystwa. Niech nam więc będzie wolno żywić nadzieję, że petersburscy czciciele Marcelego Nenckiego poprą nad Newą podanie grona badaczy warszawskich, a nim te sprawy wezmą obrót pożądany, musimy się zachować wyczekująco wobec nadesłanego nam z Petersburga wezwania do składek na fundusz imienia M. Nenckiego.

* Kursa przygotowawcze do egzaminu fizykackiego w terminie jesiennym w Krakowie rozpoczną się 1 października.

* Towarzystwo higieniczne warszawskie otrzymało pozwolenie na otwarcie oddziałów w Częstochowej, Lublinie i Łodzi.

* Dr. Łogucki mianowany został ordynatorem nadetatowym w szpitalu św. Ducha.

* Dr. Czaki, lekarz kolejowy na dalekim Wschodzie, obdarzył (jak donosi »Gazeta lekarska«) warszawskie Muzeum etnograficzne wspaniałym zbiorem bardzo cennych i bardzo dobrze dobranych przedmiotów chińskich, japońskich i t. d.

* Dnia 21 b. m. rozpoczął się 74-ty Zjazd lekarzy niemieckich w Karlsbadzie, z udziałem ministrów oświaty: austryackiego — Hartla i niemieckiego — Studta. »Časopis lékařů českých« (Nr. 38) wita kolegów niemieckich na czeskiej ziemi. a jednocześnie im przypomina zakaz Zjazdu lekarzy polskich w Poznaniu przed trzema laty, w którym lekarze czescy zamierzali wziąć udział jako goście.

* Mor w Odesie nie wygasa. Nowe przypadki występują w tych

samych domach, w których zaraza pojawiła się pierwotnie; zarządzono więc ponowne odkażanie zapowietrzonych domostw. Od 5 maja do 1 września zapadło (według urzędowych sprawozdań) 21 osób, z których tylko 5 zmarło. W celu przedsięwzięcia energiczniejszych środków zapobiegawczych rząd wysłał do Odessy kijowskiego profesora Wysokowicza.

* Bardzo pouczające wykazy śmiertelności we Francyi przedstawia statystyka francuska. Pierwsza rzecz, która uderza jest, że przyczyna śmierci w dwóch trzecich przypadków nie jest podana. Śmiertelność we Francyi w roku 1900 wynosiła 21·9 na tysiąc mieszkańców i przewyższała poraz czwarty w ciągu ostatnich 11 lat liczbę urodzin, która w r. 1900 wynosiła 21·4. Z nowonarodzonych jedna szósta (w Anglii $^1/_{25}$) należy do dzieci nieprawego łoża; cyfra urodzin we Francyi jest najniższa w Europie (21·4 we Francyi, 35·6 w Niemczech, 39·3 w Węgrzech, 28·7 w Anglii). Śmiertelność w Paryżu wynosiła 20·6‰ (w Londynie 18·8‰). Śmiertelność z gruźlicy wynosiła w Paryżu 4·01‰ (w Londynie 1·75‰); śmiertelność z chorób zakaźnych była dwa razy większą w Paryżu niż w Londynie, z wyjątkiem błonicy, której w Londynie było 1·27‰, a w Paryżu 0·78‰, co należy przypisać częstszemu w Paryżu stosowaniu surowicy.

* W Bernie na 451 słuchaczów medycyny jest 252 kobiet a 199 mężczyzn. Ogólna liczba studentek na wszystkich wydziałach wynosi 348, z których 291 posiada paszporty rosyjskie.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXXVI (31—VIII—6—IX). Ludność średnia roczna wynosi 90 057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 18, urodziło się dzieci 63, zmarło osób 47, mianowicie: z gruźlicy 14 (3 zam.), z zapalenia płuc 4 (2 zam.), z błonicy 1, z duru brzusznego 2 (1 zam.), z cholery dziecięcej 4.

W tygodniu XXXVII (7—13—IX): zawarto małżeństw 15, urodziło się dzieci 62, umarło osób 42, mianowicie: z gruźlicy 8, z zapalenia płuc 3 (1 zam.), z płonicy 5 (3 zam), z odry 1 (z.), z cholery niemowląt 1 (zam.).

* Między 3 a 9 b. m. doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), horodeńskim 1 (gm), husiatyńskim (2 gm.), jaworowskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), podhajeckim (1 gm.), rawskim (1 gm.), skałackim (1 gm.), śniatyńskim (1 gm.), stryjskim (1 gm.).

Wszystkich przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było w Galicyi 22, w tygodniu poprzedzającym 34.

Mianowania i odznaczenia. Mianowani: Dr. D'Urso — prof. zwyczajnym chirurg. patologii w Turynie. Dr Garcia — profesorem ogólnej patologii w Saragossie. Dr. Lorentzen — prof. nadzwyczajnym chorób trawienia i Dr. Ehlers — prof. nadzw. dermatologii — obaj w Kopenhadze.

Nekrologia. Zmarli: Dr Gustaw Dempniak lekarz pułkowy — w Przemyślu. Dr. Józef Zgorzelski, l. 38, zmarł d. 17 b. m. na dur brzuszny w Korzeniowszczyznie w Nowogródzkiem. Dr. Ryszard Sagatowski, l. 37 — w gub. kowieńskiej. Dr. Aleksander Zatwarnicki, podolanin, wychowaniec gimnazyum winnickiego i uniwersytetu kijowskiego, zakończył życie w Archangielsku, licząc lat 73

Bibliografia:

— *Przegląd higieniczny* Nr. 9. Formalinowy aparat desinfekcyjny systemu Zarewicza. Gorecki: Nowa rzeźnia miejska we Lwowie (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 38. Trzebicky: O operacyjnem leczeniu chłoniaków zołzowych na szyi. Wizel: Przypadek fenomenalnych zdolności rachunkowych u głuptasa.

— *Gazeta lekarska* Nr. 38. Starkiewicz: Przypadek promienicy płuca i opłucnej. A. Landau: Nowa teorya (Koranyiego) powstawania moczu w świetle faktów i krytyki (dok.). Wizel: Patogeneza swoistego bredzenia paralityków (dok.)

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 9. Kopczyński: Udział niektórych instytucyi publicznych w sprawie wychowania higienicznego. Mogilnicki: O własnościach odkażających formaliny (c. d.). Pinkus O sposobach badania plwociny w pierwszych okresach gruźlicy (dok.).

— *Przegląd felczerski* Nr. 18. O złamaniach (c. d.). — O zmianach i zaburzeniach w organiźmie, następujących pod wpływem urazu. — Główniejsze zjawisko w organiźmie matki w okresie połogowym (c. d.). — Gorączka połogowa. — Wypadki akuszeryjne po wsiach. — Technika sekcyi zwłok (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 38. Wobr: Léčeni vleklých chorob kožnich a celkově přijice lázněmi, zvlášlě sirnými vřidly Radojković: Léčivé prameny v králostvi Srbském (dok.). Jehlička: Třikrát kvalifikované těžké ublížení na těle.

Liečnički Viestnik Nr. 9. Šlajmer: Prinos kazuistici ozljeda srdca s osobitim obzirom na strana tiela u srdcu. Tončić: Nešto o detiologiji i prophylaxi tuberkuloze (dok.). Spitzer: Perityphlitis, abscessus hepatis s provalom gnoja u desna pluća. Ozdravljenje.

— *La Presse médicale* Nr. 75. Pozzi: Wskazania i wyniki do histeroktomii przy raku macicy. Thienot: Wdychiwania lekarstwiane, jako leczenie systematyczne chorób piersiowych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 37. Talma: Metemoglobinemia w ciałkach krwi u ludzi. Dorendorf: O występowaniu wdechowej cieśni krtani przy obustronnem porażeniu n. krtaniowego tylnego. Korschun i Morgenroth: O hemolitycznych własnościach wyciągu z narządów. Joachimsthal: Przyczynek do nauki o istocie i leczeniu wrodzonego zwichnięcia w stawie biodrowym.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 38. Ludwig, Panzer i Zeynek: Badanie nowych źródeł karlsbadzkich Mühlbrunn i Franz-Joseph-Quelle. Chrobak: Tamponowanie macicy w połogu Fuchs: O kokainie. Gussenbauer: Stwardnienie mózgu i objawy ogniskowe. Neusser: Objawy zaburzeń żołądkowo-jelitowych przy zwapnieniu tętnic. Schrötter: Rozpoznanie utajonego w klatce piersiowej tętniaka aorty. Weichselbaum i Stangl: Dalsze badania biologiczne trzustki w cukrzycy.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 37. Hösslin: Wykazanie udawania w histeryi i chorobach, powstałych z wypadków. Decker: Rozpoznawanie piasku w żołądku. Schmitt: Leczenie chirurgiczne piasku w żołądku. Düring: Zasady leczenia przymiotu. Blumberg: Badania nad działaniem sublaminu, jako przetworem odkażającym. Meyer: Cukrzyca a wiąd rdzenia pacierzowego. Hahn: Żylotętniak jednej gałęzi żyły podskórnej odgoleniowej, mylnie rozpoznany jako złamanie uda. Stömmer: Przypadek przedwczesnego miesiączkowania. Scherenberg: Ciała obce w jelicie odchodowem.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 38. Hirschfeld: O odżywianiu się w gorącej porze roku i w klimacie gorącym. Jacoby: Przyczynek do operacyi Bottiniego. Uhlenhuth: Praktyczne wyniki serodyagnostyki krwi dla medycyny sądowej (dok.). Strauss: Osmotyczne i chemiczne procesy w ludzkim mleczu (chylus) (dok.).

Redakcya otrzymała. Szumowski: Zein als Nährstoff. Piskaček: Lehrbuch für Schülerinnen des Hebammenkurses und Nachschlagebuch für Hebammen. Talko-Hryncewicz: K antropologii Zabajkalija i Mongolii. Buckiewicz: Geo-Higiena powiatu ciechanowskiego gub. płockiej.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**